



Número: **0802957-31.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12099 439	17/01/2018 09:33	adm antonio ferreira de l filho BAM	Outros Documentos
12099 446	17/01/2018 09:33	adm antonio ferreira de lima filho	Outros Documentos
12099 455	17/01/2018 09:33	prot adm antonio ferreira	Outros Documentos
12129 285	17/01/2018 17:02	Despacho	Despacho
18691 152	17/01/2019 15:02	Certidão	Certidão



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Antonio Ferreira de Lima Filho
DATA DE NASCIMENTO 09/08/82
NOME DA MÃE Maria das Neves do Nascimento

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101351
BOLETIM DE ENTRADA N.º 992520
DATA DO ATENDIMENTO 07/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular E. Fratura de arco costal à esquerda
CID 10 S43.1 S22.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Conde, vítima de queda de moto, apresentando escoriações em membros superior e inferior esquerdos, trauma em ombro, com dor e limitação funcional. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E, fratura de arco costal E.

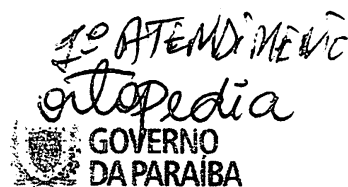
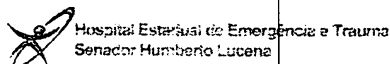
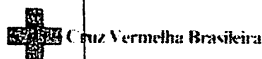
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

ALTA HOSPITALAR: 20/04/17
DATA DA EMISSÃO: 31/07/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



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

Boletim de Atendimento: 992520



Identificação do paciente			
ID 1158192	Nome ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO		Sexo Masculino
Data de nascimento 09/03/1982	Idade 34 anos 7 meses 29 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO	Pai ANTONIO FERREIRA DE LIMA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ENFERMEIRA DAMARIS MARIA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988833241	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2553053	Nº Cns	
Local de procedência CONDE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084050	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PADRE JOSÉ DE ANCHIETA
Número 122	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	
Admissão			
Data e Hora 07/04/2017 12:39:57	Número da pulseira 5943325	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA x mmHg	Pulso	Temperature	
Exames complementares			
Raio X	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos Rx do Torax AR Rx do ombro F AR a o B Rx da CLAVICULA F em AR			
Diagnóstico CID			
Atendido por MAYARA ANA LACERDA			
Tempo 55seg			

Imprimir

Saulo de Tarso F. Torquato
Ort. Traumatologia
CRM 4922

ortopedia # 15h15.

anam ex: luxação acromio clavicular grau V
fratura arco costal @ sup.
EF: dor e edema no ombro @
dor à palpação articulação acromio clavicular

cd: solicito internação para programação cirúrgica
orientação geral
solicito pré-operatório
avaliação cirúrgica geral.

Dra. Andrea H. Nagata
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.682 RCI - 13.2.15

Cirurgia Geral

Paciente com radiografia de tórax evidenciando
fratura do arco costal a esquerda. ausência de pneumo ou hemo-tórax

Ao exame: respiração espontânea, responsabilidade preservada
MV presente em AIT 3/RA

cd: 1) Conservadora com analgesia

2) Atte da cirurgia geral, os cuidados de ortopedia -

Dra. Isabela Dornelles
Médica
CRM - PB 10.620

+ Dr. Antonio



5943325 BE.: 992520
ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
DT. NASC.: 09/08/1992
MRE: MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO

END.: PADRE JOS N DE ANCHIETA
N. 122 - JARDIM VENEZA
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 998933241
IDADE: 34
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

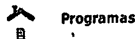
NOME DO PACIENTE:

IDAL

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia							
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Outros:					
DADOS CLÍNICOS (sintomas)											
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /											
EXAME FÍSICO											
PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax: %											
Sistema Neurológico:											
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado											
Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Míose											
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas											
Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros:											
Sistema Digestório: <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal											
Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros:											
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Interações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar:											
USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:											
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:											
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:											
DESTINO: ENFERMEIRO: COREM: F(NG).ENF.022-1											

07/04/2017

HEESHL - PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUARIO ELETRÔNICO - TiMed



SAULO DE TARSO FERREIRA TORQUATO [AREA VERDE ENF 36
- HEESHL]



PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUARIO ELETRÔNICO

Meus Atendimentos

Boletim de Atendimento 992520

Pulseira 5943325

Prontuário

Nome ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO

Data de nascimento 09/08/1982

Sexo M

Mãe MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO

Data de Entrada 07/04/2017 12:39:57

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EF
- Alergias
- CID10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Receituário
- Atestado Médico
- Finalizar
- EVOLUÇÃO MÉDICA

Sumário do paciente

Continuar Atendimento Novo atendimento

Profissional SAULO DE TARSO FERREIRA TORQUATO

Data 07/04/2017 13:08:30

Estado Aberta

Anamnese ACIDENTE DE MOTO NO MUNICIPIO DE JACUMÃ. SOFREU
ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS E TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO E
NOS ARCOS COSTAIS A E.

SOLICITO RX DO OMBRO E E DO TORAX.

Rx 2 - CLAVICULA E - AP



Saulo de Tarso F. Torquato

Saulo de Tarso F. Torquato
Ort. Traumatologia
CRM 4922

Problema

Tipo SELECIONE

Salvar

Descrição

Problema: T149 - Traumatismo não especificado (CID10) - Tipo do Problema: HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Ação

Excluir

CID's mais utilizadas

- | | |
|------|--|
| T149 | Traumatismo não especificado |
| S099 | Traumatismo não especificado da cabeça |
| I64 | Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico |
| Z000 | Exame médico geral |
| T16 | Corpo estranho no ouvido |
| T150 | Corpo estranho na córnea |
| T172 | Corpo estranho na faringe |
| S069 | Traumatismo intracraniano, não especificado |

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do>

07/04/2017

HEESHL - PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - TÍMUL

Prescrição Padrão

Carregar

- Comando
- Item de Prescrição

Comando

Adicionar

1. DIETA

2. HIDRATAÇÃO

3. ANTIBIÓTICOS

4. MEDICAMENTOS

5. SOLUÇÕES

6. HEMOCOMPONENTES

7. ORIENTAÇÕES

8. LABORATÓRIO

9. EXAMES DE IMAGEM

Lista

RAD-TIBIO-TARSICA	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
RAD-CLAVICULA	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
RCD	RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RCE	RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO
RAD-DEDOS DA MAO	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO
RAD-MAO	RADIOGRAFIA DE MAO
RAD-PE/DEDOS DO PE	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

Rx da Torax
AP
Rx da ombreira
AP e TF Ume
ne E (OR)

Adicionar

Item de Prescrição

Quantidade Unid. Medida Nenhum

Via Administração Nenhum

Posologia SELECIONE

Durante min Se Necessário

Não

Velocidade Infusão Observação

Adicionar

Itens prescritos

Histórico de Exames Do Prontuário

Tipo de evento

Quantidade 1 ADICIONAR

Adicionar Receitaário

IMPRIMIR

IMPRIMIR

IMPRIMIR Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado Mostrar a CID10 na impressão do atestado

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM

O Item de Prescrição selecionado não permite que o usuário faça a prescrição.

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do

20



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

Nome: Antonio Ferreira do R. F. R. BE/Prontuário: 992526
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: ATO Cirurgico de LAC
Cirurgião: FALES WENDEL 1° Assistente: MILTON BARBOSA
2° Assistente: MATHEUS RI 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: SOLUPO
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>LAC Ombro E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>ATO Cirurgico de LAC</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 12/04/14

F(NG).ASCIR.009-1



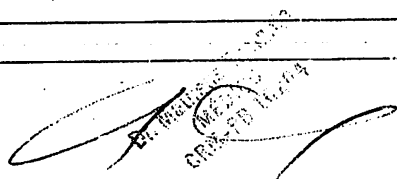
2



FONG, ASCR 021-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	II Decúbito em cadeira de praia III Anest. + pré-anest. IV Abordagem de campo estéril V Incisão em "Z" de "S" e "C"
Incisão:	VI Dissecção por planos VII Abertura da fascia do to-pósterior VIII Dissecção por planos IX Remoção do tecido de preenchimento
Achados:	X Redução interna XI Amarelo de lipoma com do tecido de preenchimento
Conduta:	XII Amarelo de lipoma com acromioclavicular no tecido XIII Fechamento por planos XIV Curativos + repouso
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:


Dr. João Pessoa
CRM-PA 111114

João Pessoa,

12/04/14

F(NG).ASCIR.009-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>I/ Decúbito em cadeira de praia</p> <p>II/ Anestesia + pré-anestesia</p> <p>III/ Alargação de campo estéril</p> <p>IV/ Lavagem em álcool "Sébio"</p>
Incisão:	<p>V/ Dissecção por planos</p> <p>VI/ Abertura da fascia do tórax</p> <p>VII/ Dissecção por planos</p> <p>VIII/ Ressecção do tumor do tórax</p>
Achados:	<p>IX/ Redução imediata</p> <p>X/ Amarelo de 2^o e 3^o graus do tórax</p>
Conduta:	<p>XI/ Amarelo de 2^o e 3^o graus do tórax</p> <p>XII/ Fechamento por planos</p> <p>XIII/ Curativos e drenagem</p>
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa, 12/09/14



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Antonio Ferreira de L. Filho</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>03/04/17</u>	Alta: <u>20/04/17</u>	Tempo de Permanência: <u>13 dias</u>	
Diagnóstico de Internação: <u>luxação acromioclavicular</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx e pré-op.</u>			
Cirurgia realizada e data e equipe: <u>flex. cirurgia LAP / Dr. Thales</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Pós-op sem intercorrências.</u>			
Dieta: <u>Genel</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso: Relativo em casa por, <u>60</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>120</u> dias e com maior em, <u>150</u> dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. Medicações para casa: <u>Cefadroxila / Clavulato</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>14</u> para retirada de ponto. Ao ambulatório <u>14</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>20 de 24 de 17</u>		<u>Dr. Odilon R. Filho</u> Ortopedia / Cir. Joelho CRM 6688 - FEQ 12957 Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Ferreira de Lima Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 2553033 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 18/07/16 E
CPF 049236564-41 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO op. Caldeira
E RENDA MENSAL DE R\$ 154 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio F. de Lima Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 22783-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

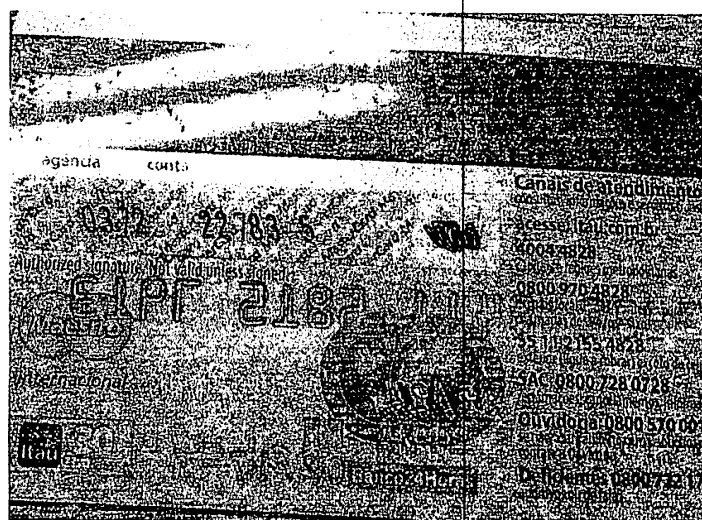
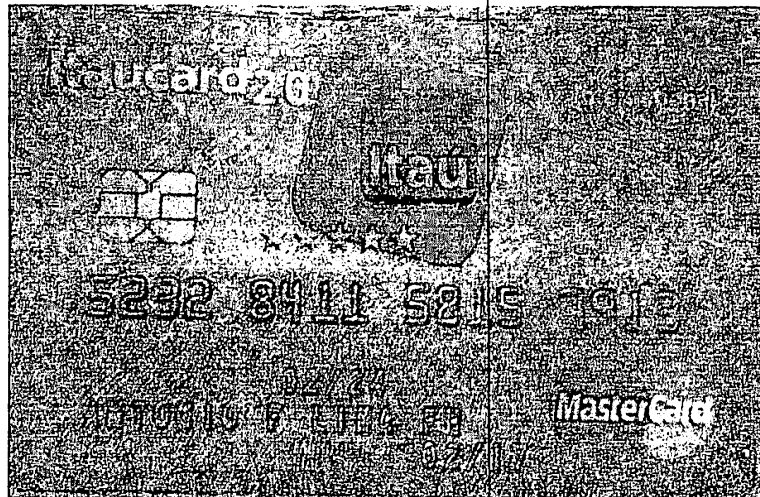
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Guaroa, 24 de agosto de 2017 Antonio Ferreira de Lima Filho
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Ferreira de Lima Filho,

RG nº 25533053, data de expedição 18/07/16, Órgão SSP/PB

CPF nº 04923605341 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Padre José de Anchieta</u>
Número	<u>Nº 122</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Id. Uenezza</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58000000</u>
Telefone de Contato	<u>98883-3241</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 24-08-2017

Assinatura do Declarante: Antonio Ferreira de Lima Filho

Num. 12099446 - Pág. 4



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01467.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01467.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:55 horas do dia 16 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Antonio Ferreira de Lima Filho**, CPF nº 049.236.564-41, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador de Caldeira, filho(a) de Maria das Neves do Nascimento e Antonio Ferreira de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Jose de Anchieta, Nº 122, complemento casa, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Açude de Marés, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98883-3241.

Dados do(s) Fatos:

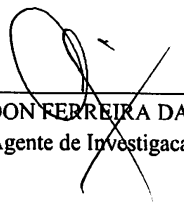
Local: Proximo Ao Posto de Combustivel, Outros, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 07/04/17 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

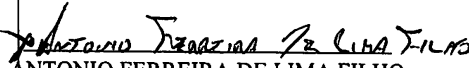
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, DE COR PRETA ANO 2010, DE PLACA NQB-8059-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110AR071589, EM NOME DE CARLOS ANTONIO FERREIRA DE LIMA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOPA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 31/072017.

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, 16 de agosto de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
Noticiante

Procedimento Policial: 01467.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Ferreira de Lima Filho, portador da carteira de identidade nº 2553053 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049 236 564-41, residente e domiciliado na Rua Pedro José de Almeida nº 122 Id. União, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Ferreira de Lima Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 24-08-2017

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS ANTONIO FERREIRA DE LIMA,
Portador do RG nº 2626256, data de expedição 26/02/2016,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 039.057.494-59, com domicílio na cidade
de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) RUA - POETA VÍCTOR HUGO,
nº 648, 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 Antonio Ferreira de Lima Filho

Veículo: MOTO
Ano: 2010
Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS
Placa: NQB. 8059 / PB
Chassi: 9C2JC4110AR071589
Data do Acidente: 07/04/2017

Local e Data: J. Pessoa, 24/08/17

Carlos Antonio Ferreira de Lima
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAIBA

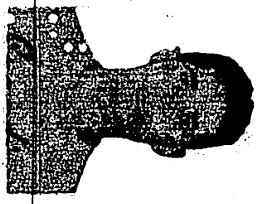
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917





Carlos Antonio Ferreira de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.626.256 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME CARLOS ANTONIO FERREIRA DE LIMA

FILIAÇÃO ANTONIO FERREIRA DE LIMA
MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO LIMA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 06/03/1980

DOC ORIGEM
NASC.N.18486 FLS.16 LIV.A-18
CARTORIO 4 CART.JOAO PESSOA

CNPJ 039.057.494-59

João Pessoa - PB

Carlos Antonio Ferreira de Lima

Carimbo: 29/08/83

Carimbo: 29/08/83

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO

Qualificação: Homem

CPF/MF: 049 236 564-41 RG: 2553053 SSP/PB

Endereço: Rua Padre José de Anchieta nº
122 ID. Veneza CEP 58.000000 J. Pessoa

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.


Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 24 de Agosto de 2017.

Antonio Ferreira de Lima Filho
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**ASL-0363673/17
Vítima: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
CPF: 049.236.564-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/04/2017
Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO**DOCUMENTOS ENTREGUES****Sinistro**Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT**ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO : 049.236.564-41**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.

Portador da documentação entregue**Responsável pelo cadastramento na seguradora**Data da entrega: 18/09/2017
Nome: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
CPF/CNPJ: 049.236.564-41Data do cadastramento: 18/09/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO

Sandra Maria Accioly Pedrosa

PROVIDED PLASTIFICAR

Valued at FLSD (Ref 3/2017) B# 1283



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802957-31.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para

levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura eletrônica.

JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0802957-31.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé haver notificado o perito por e-mail, nesta data, conforme se observa abaixo:

Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

Notificação Perícia DPVAT - Processo n. 0802957-31.2018.8.15.2001

De :	1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br>	Qui, 17 de jan de 2019
Assunto	Notificação Perícia DPVAT - Processo n.	14:59
:	0802957-31.2018.8.15.2001	
Para :	antoniovituriano@outlook.com	

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº [0802957-31.2018.8.15.2001](#), com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões

resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,

Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Capital

JOÃO PESSOA, 17 de janeiro de 2019
SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR