



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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

2º ATENDIMENTO
ortopedia
GOVERNO
DA PARAÍBA

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 09/08/1982	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	Type MUNICÍPIO	UF PB	Bairro JARDIM VENEZA				
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					
Admissão							
Data e Hora 07/04/2017 12:39:57	Número da pulseira 5943325	Convenio 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	P脉	Temperature				
Exames complementares							
Raio X <input checked="" type="checkbox"/>	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos	<p><i>Rx de Tornoz Ar</i> <i>Rx de ombro F</i> <i>Rx de CLAVICULA E em Ar</i></p> <p><i>Ar a o B</i></p>						
Diagnóstico							CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA							Tempo 55seg
Imprimir							
 Saulo de Tarso F. Torquato Ort. Traumatologia CRM 4922							

Ortopedia # 15h15.

UNA RX: luxação acromio clavicular grau II
Fratura arco costal (E) sup.
EF: dor e edema no ombro (E)
dor à palpação articulação acromio clavicular

CD: solicito internação para programação urgencia
orientação geral
solicito pré operatório
avaliação urgência geral.

Dra. Andreia H. Nastri
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 10.582 TCR - 13/245

Ampla Geral

Paciente com radiografia de torax evidenciando
fratura do arco costal e espuma. Sessão de pneumo ou hemotorax
No exame: respiração espontânea, responsabilidade menor volta
MV presente em HUT e/RA

CD: ① Conservadora com analgesia
② Até da amputação, aos cuidados de ortopédico

Dra. Isabela Dornelas
Médica
CRM-PB 10.620

+ Dr. Antônio



**CRUZ VERDESA
B24SL3EP4**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.F./PRONTUM

NOME DO PACIENTE:

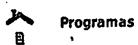
5943325 BE.: 992520
ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
DT. NASC.: 09/08/1982
MRE: MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO

END.: PADRE JOSÉ DE ANCHIBA
N. 122 - JARDIM VENEZA
JORDÃO PESSOA
FONE: ()
CELLULAR: (83) 988833241
IDADE: 34
DT. ENTRADA:

ID: _____ DATA: _____ ENTRADA: _____				
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Doméstico <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"/> Lacerção <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 e pescoço <input type="checkbox"/> Outros: _____				
DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____				
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / / _____				
EXAME FÍSICO PA: _____ mmhg P: _____ bpm SpO ₂ : _____ 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"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Mioses				
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias <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"/> Perfusion tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion 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 Outros: _____ <input type="checkbox"/> Rigidez abdômen <input type="checkbox"/> Distensão abdominal				
Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Diúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SUD <input type="checkbox"/> Outros: _____				
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias				
[] Internações <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: _____				

07/04/2017

HEESHL - PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - TiMed

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

PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUÁRIO 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
- Receptuário
- Atestado Médico
- Finalizar
- EVOLUÇÃO MÉDICA

Sumário do paciente

Continuar Atendimento Novo atendimento

Profissional SAULO DE TARSO FERREIRA TORQUATO

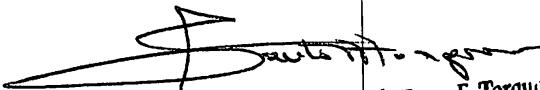
Data 07/04/2017 13:08:30

Estado Aberta

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

SOLICITO RX DO OMBRO E E DO TORAX.

Rx 2 - Cravica E



 Saulo de Tarso F. Torquato
 Ort. Traumatologia
 CRM 4922

Problema

Tipo SELEÇÃO

Salvar

Ação

Excluir

Descrição

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

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>



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

F(NG).ENF.018-1

07/04/2017

HEESHL - PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - Triage

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 Tars +
 Rx de combre
 — AR, TF, Ume
 rad E (OR)

[Adicionar](#)

Item de Prescrição

Quantidade Unid. Medida Nenhum Via Administração NenhumPosologia SELECIONE Durante min Se Necessário

Não

Velocidade Infusão Observação[Adicionar](#)

Itens prescritos

[Histórico de Exames Do Prontuário](#)

Tipo de evento

Quantidade 1 [ADICIONAR](#)[Adicionar Receituário](#)[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.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antônio Ferreira do C. Filho BE/Prontuário: 992526
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
 Clínica/Setor: Ortoped. EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ato Cirúrgico de LAC
 Cirurgião: MATHEUS VENDEL 1º Assistente: MILTON BARROSO
 2º Assistente: MATHEUS RI 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: SOCORRO
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ato Cirúrgico 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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE:	Antônio Fernandes Lima Silva						
IDADE:	34a	SE: 992520	ESTATÚRIO: maca LEITO: 03				
CIRURGIA:	Drº Kartney - aux. Drº Thalles - aux.						
ANESTESIA:	Bloqueio + Geral						
ANESTESISTA:	Drº Sorocro + Everton Rz)						
INSTRUMENTADOR:							
DATA:	19/04/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 09:15 PM:	CIRURGIA: INÍCIO 09:30 PM:				
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()	GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES	ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA			JELCO N° 8		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N° 10		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESSADA			JELCO N° 22		FIO DE AÇO N°		
CETAMINA	SF 500	OK	JELCO N° 24		FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL	SRL 500	OK	KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA DISTURI N° 11		FIO DE NYLON N°		
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA DISTURI N° 15		FIO DE NYLON N°		
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA DISTURI N° 23		FIO POLIGLACTINA N°	20 L	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA DISTURI N° 24		FIO POLIGLACTINA N°		
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATÔMOS		FIO POLIGLACTINA N°		
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°		
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°		
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N° 0		FIO POLIPROPILENO N°		
LIDOCAYNA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N° 5		FIO POLIGLICAPRONE N°		
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N° 8,0		FIO STEINMAN	101	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N° 8,5		FITA CARDIÁCA		
NIMBİUM	AGULHA PERIDURAL N° 16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N° 17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N° 18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N° 25G		SCALP N° 19		CLIP ITIÁNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N° 26G		SCALP N° 21		FIO DE KIRSCHNER N°	225 225	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N° 27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°		
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°		
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINÁ		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 14		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N° 16		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N° 17		SONDA FOLEY 2VIAS N° 12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N° 18		SONDA FOLEY 2VIAS N° 14			
DIPRORNA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSQ	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSQ	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI				() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK			() BUSTURI ELÉTRICO	
<i>circ. traqueal</i>		GAZES				() CAPNÓGRAFO	
<i>Agua fria 0°C</i>		GAZES ALGODOADAS				() CARDIOMONITOR	
<i>gel eletrolítico</i>		GEL ELETROLÍTICO				() DESPIRULADOR	
<i>gelodermat</i>		DELCO N° 16				() FOCO AUXILIAR	
<i>Cola Ederm branca</i>		Cola Ederm branca	01			() FOCO CENTRAL	
<i>perfumador</i>		perfumador	01			() MICROSCOPIO	
<i>top descontáctil</i>		top descontáctil (1)				() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INVASIVA/NO INVASIVA	
						() PERUFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	

F(NG).ASCIR.021-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	I Decúbito em cadeira de praxe II Anestesia tópica e respirotraqueal III Abordagem da corrente esternal IV Táctica em "V" ou "Scout"
Incisão:	V Dicícula par paralela VI Abertura da pele de tipo pré-pectoral VII Dicícula par paralela VIII Ressecção da pele no desenho achado: acromial
Achados:	IX Reduzida inserção X Amanhada crural e bordas E.O do corvo de - clavícula
Conduta:	XI Amanhada da fijação com acromial no clavícula XII Fechamento par paralelo XIII Curvatura tópica
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa, 01/09/14

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHU

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	I/ Decúbito em cadeira de prisc II/ Anestesia tópica e prisma III/ Abordagem da coxa direita IV/ Escavação em "U" da "Scote"
Incisão:	V/ Desenvolvimento da fisionomia VI/ Abertura da fisionomia deltó-patinal VII/ Desenvolvimento da fisionomia VIII/ Remoção da fisionomia da articulação acromial
Achados:	IX/ Reduzido o humor. X/ Amanhado cravo estéril e fundo do cano de - clavícula
Conduta:	XI/ Amanhado da fisionomia acromial por clavícula XII/ Fechamento da fisionomia XIII/ Cravos tópicos
Fechamento:	
Observação:	
Médico/CRM:	 João Pessoa, 10/04/14

Médico/CRM:

João Pessoa

2.09/4



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Antônio Ferreira de L. Filho</u>			Nº de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:	07/04/17	Alta:	20/04/17	Tempo de Permanência: 13 dias
Diagnóstico de Internação: <u>luxado acrônio - clavicular</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: Rx e pré- op.				
Cirurgia realizada / data e equipe: <u>Met. Beritigas LAC / Dr. Thales</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Pós-op sem intercorrências.</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta: <u>Geral</u>				
Reposo: <u>levo</u>				
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>Cepadroxil / Olax natal.</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 04 de 17</u>				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEC 12957

Ass. Médico/CRM

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, Antônio Ferreira de Lima Filho, PORTADOR(A) DO RG Nº 2553053 EXPEDIDO POR DSP/JPB EM 18/07/16, E CPF 049236564-41 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO operador de elevador E RENDA MENSAL DE R\$ 1.521,15 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio 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 361Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372Nº 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.

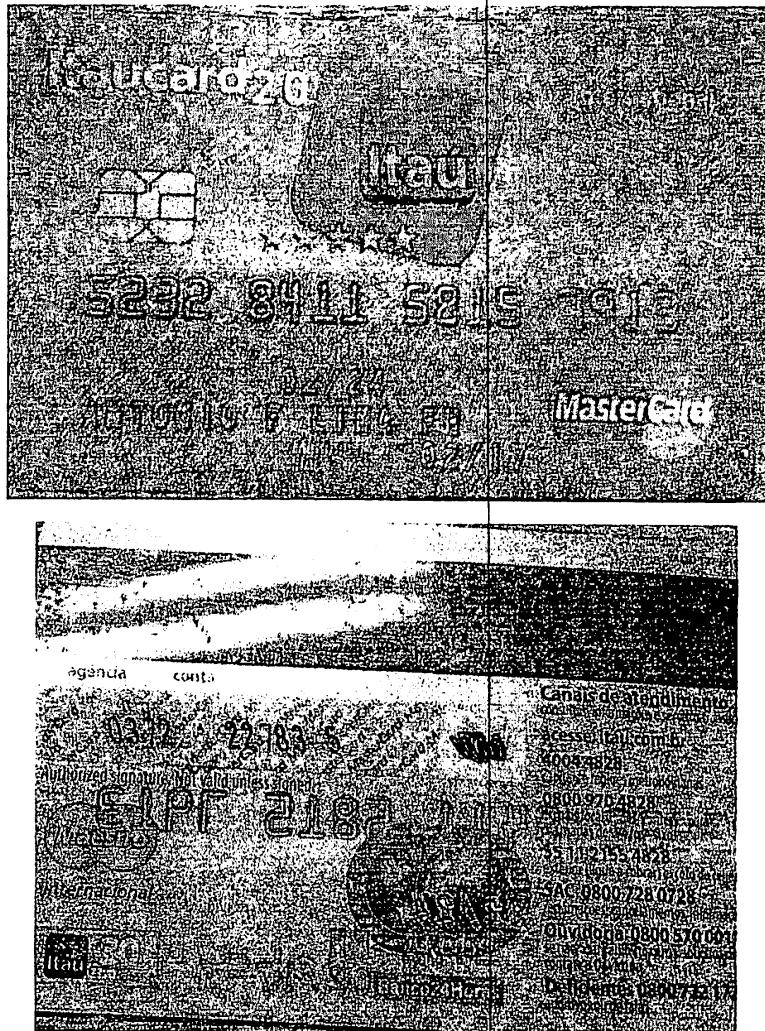
1. Giseoa , 24 de agosto de 2017 Antônio Ferreira de Lima Filho
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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, Antônio Ferreira de Lima Filho,

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

CPF nº 049 236 053-41 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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. Jeníza</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: 1.º.08.2017

Assinatura do Declarante: Antônio Ferreira Jr. Lima Filho

MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO LIMA
RUA PADRE JOSE DE ANCHIETA, 122 - JD VENEZA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

energisa

ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BADA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Rotelro: 3 - 2 - 254 - 340 Referencia: Mai / 2017 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

Nº medidor: 00001170441 Emissao: 08/05/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.186.542

Código para Débito Automático: 00004739900

Agradecimento ao Clientes Energisa - 020000280126

Conta referente ao mês de MAI (Unidade Consumidor): 5/474990-0

Mai / 2017

Final do consumo

Declaração de Quitação Anual de Debêntures.

Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de Maio de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos instrumentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração só é válida para a comprovação de cumprimento das obrigações de constituir as quotas dos instrumentos mencionados acima da data de sua efetivação e das antas anteriores.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Instituída pela Lei nº 10.430 de 23 de outubro de 2002).

08/05/2017

06/06/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/2017 / 04/07/2017

05/06/20

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 Investigacao, 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:

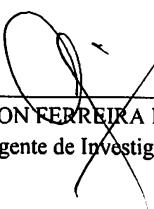
Local: Proximo Ao Posto de Combustivel, Outros, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 07/04/17 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

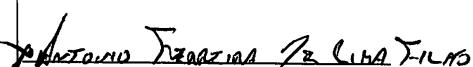
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, DE COR PRETA ANO 2010, DE PLACA NQB-8059-PB, CHASSI Nº 9C2JC411OAR071589, 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 ALCOBA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 31/07/2017.

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 Investigacao


ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
Noticiante

Procedimento Policial: 01467.01.2017.1.00.420

1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Ferreira de Lima Filho, portador da carteira de identidade nº 1553053 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049 236 564-41, residente e domiciliado na Rua Pedro José de França n° 122 Id. Jurema, 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.

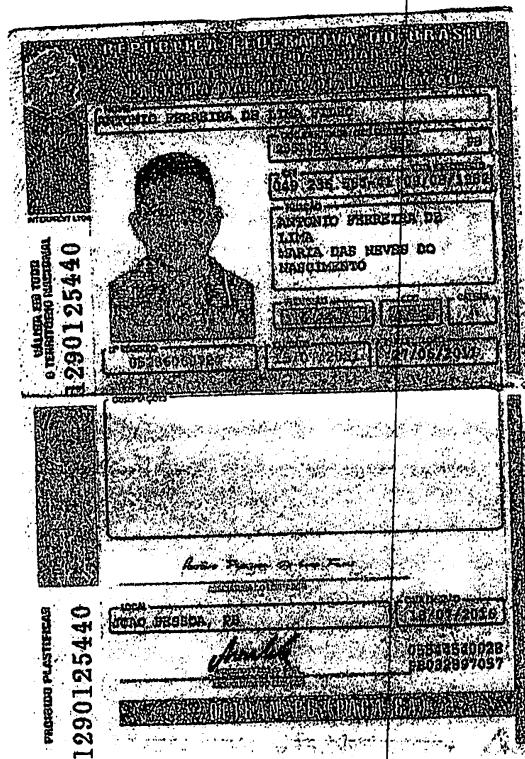
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso disconcorde do seu conteúdo.

Antônio Ferreira de Lima Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

1º Piso 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 PARAÍBA, 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 Antônio Ferreira de Lima Filho

Veículo: MOTO

Ano: 2010

Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS

Placa: NQB. 8059 / PB

Chassi: 9C2JC4110AR071589

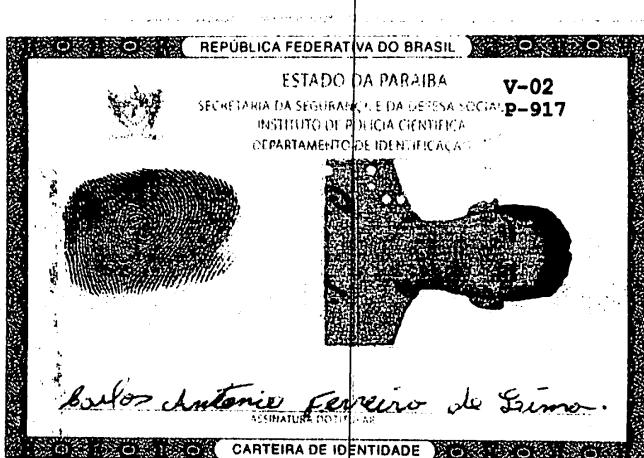
Data do Acidente: 07/04/2017

Local e Data: João Pessoa, 26/08/17

Carlos Antônio Ferreira de Lima

Assinatura do Declarante





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	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	06/03/1980
DOC ORIGEM	NASC.N.18486 FLS.16 LIV.A-18 CARTÓRIO 4 CART.JOAO PESSOA CPF 039.057.494-59		
Assinatura: [Signature]			
Número de Identificação: 29/08483			
Data da Expedição: 29/08/2013			
Data de Vencimento: 28/03/2018			
Foto: [Photo]			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MILITARY POLICIES

SEGURÓBRIGARIO DE QANDAS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO

Qualificação: Jurídico

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

Endereço: Rua Padre José de Anchieta nº 172 ID. Veneza CEP 58.000-000 João 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. Obliga-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:

Declaro 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.

Antônio Ferreira de Lima Filho
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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

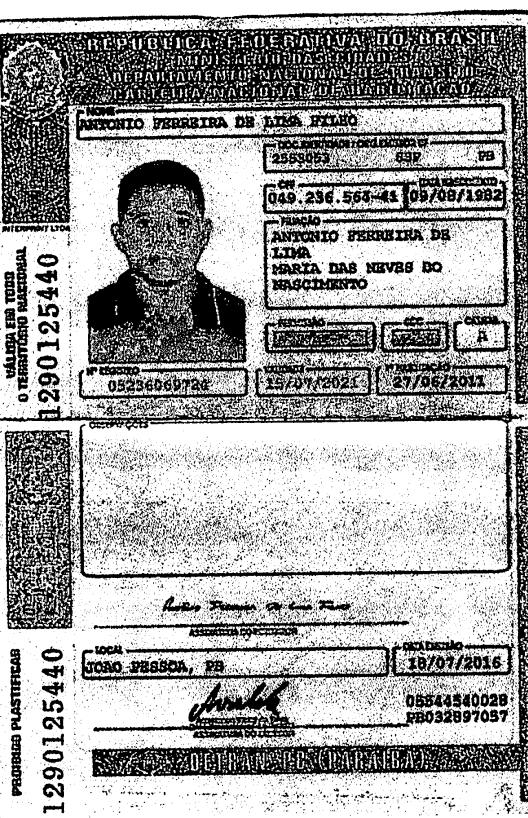
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/09/2017
Nome: ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO
CPF/CNPJ: 049.236.564-41

Data do cadastramento: 18/09/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

ANTONIO FERREIRA DE LIMA FILHO

Sandra Maria Accioly Pedrosa



MARIA DAS NEVES DO NASCIMENTO LIMA
RUA PADRE JOSE DE ANCHETA, 122 - JD VENEZA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BADA RENDA MONOFÁSICO Br/230, Km25-Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP:58071-680
Roteiro: 3-2-254-340 Referencia: Mai / 2017 CNPJ:09.095.163/0001-40 Inst. Est: 16.015.822-0
NP medidor: 00001170441 Emissao: 09/05/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.168.542
Código para Débito Automático: 00004723300

Atendimento ao Cliente Energisa: 0800-089-0196 | Site: www.energisa.com.br

Conta referente a UC Unidade Consumidora: 6/473890-0

Mai / 2017

Apresentação

08/05/2017

Data prevista da próxima leitura

06/06/2017

CPF/CNPJ / RAM

335532471

Inst. Est.

Faturas em aberto

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Consumo previsto na Lei 12.307 de 28 de julho de 2009,
informando a quitação dos débitos referentes aos fatu-
ramentos e reembolsos de energia elétrica dessa unidade
comprovados e vencidos no ano de 2016 e nas oito anteriores.
Este declarante declara que, comprovado o cumprimento
do compromisso das obrigações no consumo, es-
quecida das faturamento mensais dos débitos do ano
a que se refere, e das oito anteriores.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Iniciada pela Lei
nº 10.439, de 25 de abril de 2002).

Autorizar	Abaix	Corridante	Consumo	Dias
			117	33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 00 20KVA-ER	30	0,13802	4,08
Consumo -31 a 100KVA-ER	70	0,23318	16,32
Consumo -101 a 220KVA-ER	17	0,34877	5,84
Aux. B. Veracruz			2,02
Subsídio			22,68
ICMS			20,53
PIS			0,81
COFINS			3,78

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE SERV. LIV. FUELA	1,68
Doação Solidária	-22,68

Histórico de Consumo (kWh)

Abri/17	85
Mar/17	107
Fev/17	101
Jun/17	123
Out/16	107
Nov/16	118
Out/16	88
Set/16	99
Agosto/16	114
Jul/16	68
Jun/16	103
Maio/16	92

BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	76,04	27,00
PIS	76,04	1,0767
COFINS	76,04	4,9448

Média dos últimos meses
104

VENCIMENTO
15/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 55,15

Indicadores de Qualidade | Composição do valor total da fatura

Límite de Tensão 60 ANTES	Aplicado	Límite de Tensão (V)	Discriminado	Valor (R\$)	%
DIS MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	220	10,21
DIS TRIMESTRAL	10,68		CONTRATADA	13,77	24,97
DIS ANUAL	21,73		LIMITE INFERIOR	0,77	1,27
FIG MENSAL	3,98	0,00	LIMITE SUPERIOR	26,78	48,58
FIG TRIMESTRAL	7,77		Impostos Diretos e Encargos	26,78	48,58
FIG ANUAL	18,45		Outros Serviços	0,00	0,00
	9,11	5,00	Total	60,18	100,00

Valor da FTRD (Ref 3/2017) R\$ 12,22



**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, formulou 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, intimem-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: 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 1^a Vara Cível da Capital

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