



Número: **0856787-43.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **21/11/2017**

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	DAVI OLIVEIRA MARCELINO
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10940594	21/11/2017 10:53	<a href="#">adm davi de oliveira marcelino</a>	Outros Documentos
10940608	21/11/2017 10:53	<a href="#">adm davi oliveira marcelino bam</a>	Outros Documentos
10940618	21/11/2017 10:53	<a href="#">prot adm davi oliveira</a>	Outros Documentos
10975163	27/11/2017 17:51	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
18629596	14/01/2019 14:12	<a href="#">Certidão</a>	Certidão



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, Davi Oliveira Marcelino  
PORTADOR(A) DO RG Nº 4116997 EXPEDIDO POR SSD/PB EM 24/01/14  
CPF 702859424-05 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Auxiliar  
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Davi O. Marcelino, 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](http://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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35334-2

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.

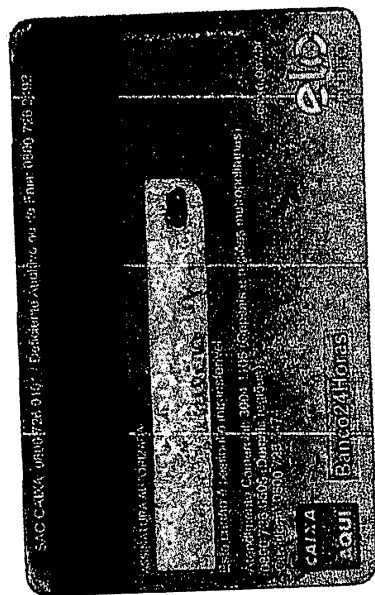
J. Rosa 27 de Junho de 2017  
LOCAL E DATA

Davi Oliveira Marcelino  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dani Oliveira Macedino

RG nº 4116997, data de expedição 24/01/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 702.856.474-05 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 Raimundo Santana</u>	
Número	<u>Nº 853</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Alto da Boa Vista</u>	
Cidade	<u>Bayeux.</u>	
Estado	<u>Pernambuco - PB</u>	
CEP	<u><del>58300000</del></u>	<u>58308650</u>
Telefone de Contato	<u>98878-2129.</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 27-06-2017

Assinatura do Declarante: Dani Oliveira Macedino

MARIA DAS GRACAS OLIVEIRA MARGELINO  
RUA ROSENALDO SANTANA, 859 - ALTO BOA VISTA  
BAIXEUX/PE CEP: 53300000 (AC - 9)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/230 Vm 25 - Grupo Redutor: João Pessoa/PE - 6865871-380  
Referência: 6-8-880-0429 Referência: Mãe 2817  
Número do 00000896265 Emissão: 16/05/2017

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.103/000140 - Insc. Est. 16.016.928-0

Notificação de Corte de Energia Elétrica Nº 000590461  
Código para Débito Automático: 00000117972

ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

(data): 5/611797-2

Contato

086-2008  
Assessoria  
000008

Dani



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01337.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01337.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:25 horas do dia 25 de julho 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 **Davi Oliveira Marcelino**, CPF nº 702.856.424-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar, filho(a) de Maria das Graças Oliveira Marcelino e Ivanildo Marcelino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/05/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rosinaldo Santana, Nº 853, complemento casa, bairro Alto da Boa Vista, tendo como ponto de referência Mercadinho Qui Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-2129.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Cruz das Armas, Outros, João Pessoa/PB, bairro Otizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/17 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

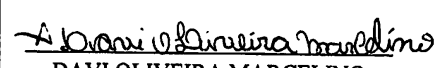
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA XRE 330 DE COR PRETA ANO 2016, PLACA QFM-3955-PB, CHASSI Nº 9C2ND1110GR000326, EM NOME DE LUCIA DE FATIMA DOS SANTOS, QUANDO COLIDIU COM UM ONIBUS NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 17/07/2017.

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, 25 de julho de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
DAVI OLIVEIRA MARCELINO  
Noticiante

Procedimento Policial: 01337.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Davi Oliveira Marcelino, portador da carteira de identidade nº 4116997 e inscrito no CPF/MF sob o nº 702 896 424-05, residente e domiciliado na Rua Rosivaldo Santana Nº 893 Alto B. Vista Cidade Bayeux 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.

Davi Oliveira Marcelino

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Baixão 27 de Julho de 2017

Local e data



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 983568 e PRONTUÁRIO nº 49209

PACIENTE: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

DATA DE NASCIMENTO: 25.05.96

Data e Hora do Atendimento: 25.02.17

Horário: 22:24h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE, trauma torácico contuso e enfisema subcutâneo e aparente déficit motor no membro superior esquerdo. Atendido pelo Dr. Francisco Queiroga CRM 6612, Dr. Alberto Araújo Barros CRM 10295, Dr. Francisco Guedes Neto CRM 6371, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito CRM 7191, Dr. José Moreira dos Santos Neto CRM 7065.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR FRONTAL + TRAUMATISMO TORACICO CONTUSO + HEMOPNEUMOTORAX BILATERAL + EMPIEMA + LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO + FRATURA DO 3º QUIRODACTILO DIREITO + LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA CID 10 S 06 9, S 27 0, J 86 9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral e cirurgia torácica, Tomografia computadorizada de crânio, tórax, coluna cervical e abdome e tratamento cirúrgico com toracostomia com drenagem torácica fechada bilateral. Em 06.03.17 realizado descorticação pulmonar, broncoscopia flexível, toracotomia com drenagem pleural fechada para tratamento de empiema pleural. Em 15.03.17 realizado traqueostomia e tratamento conservador das lesões traumatológicas.

ALTA HOSPITALAR: 07.04.17

Data da Emissão: 17.07.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/NEETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio 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.





Caravelas, Paraíba



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

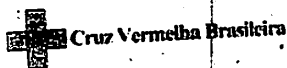
AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165738

Boletim de Atendimento: 983563



<b>Identificação do paciente</b>					
ID	Nome				Sexo
248911	DAVI OLIVEIRA MARCELINO				Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário	
25/05/1996	20 anos 9 meses 10 dias	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA	49209	
Mãe	Pai				
MARIA DAS GRACAS OLIVEIRA MARCELINO	IVANILDO MARCELINO DA SILVA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
NAO INFORMADO	- MAE				
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo	
83	986127988	83		32322217	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
RG (IDENTIDADE)	4116997				
Local de procedência	Tipo				UF
CITIZERO	BAIRRO				PB
Email	Naturalidade	CBO/R			
	JOAO PESSOA				
<b>Endereço</b>					
CEP	Município de residência	UF	Logradouro		
58308650	BAYEUX	PB	ROSINALDO SANTANA		
Número	Complemento	Bairro			
753		ALTO DA BOA VISTA 986423583			
<b>Admissão</b>					
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio			
25/02/2017 22:24:49	1000005966355	SUS			
Especialidade	Clínica				
PEDIATRIA	CLINICA TRAUMA E GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente				
	RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente			
URGÊNCIA	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	VEICULO X VEICULO			
<b>Indicadores e Transporte</b>					
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma		
Não	Não	Não	Não		
Meio de transporte	Quem transportou				
RESGATE - BOMBEIROS					
<b>Sinais Vitais</b>					
PA	Pulso	Temperatura			
X					
<b>Exames complementares</b>					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
CID					
Atendido por					
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO					
Tempo					
46seg					

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



LARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>DAVI OLIVEIRA MARCELINO</b>	BAE 983563	Data/Hora Entrada 25/02/2017 22:24:49	Data Bixa
Data de nascimento 25/05/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA DAS GRACAS OLIVEIRA MARCELINO</b>			Telefone de Contato (83) 986127988 / (83) 32322217
Endereço <b>ROSINALDO SANTANA, 853</b>	Bairro <b>ALTO DA BOA VISTA 986423583</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X VEICULO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação 28/02/2017 13:48:33		Data/Hora Prescrição 01/03/2017 21:25:56	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-ÔNIBUS.TRAZIDO PELO RESGATE.APRESENTANDO TRAUMA TORÁCICO.COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM HTD.ABDÔMEN SEM SINAIS DE DOR E OU IRRITAÇÃO.DIAGNOSTICADO PNEUMOTÓRAX FEZ TOMOGRAFIA DE CRANIO COM HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR FRONTAL ESQUERDO SEM EFEITO DE MASSA; PACIENTE COM DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR HD; PLEXOPATIA BRAQUIAL? CD: CONSERVADORA; REAVALIAÇÃO APÓS ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(8628/PB)

DAVI OLIVEIRA MARCELINO

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08.3.17	2:00	# URPA # Paciente acordando apesar da sedação alta (50mg/h). Nível de consciência reduzido. Fazer cessar a administração de Fentanyl na solução de sedação em mais 10mg.
		Dr. Italo Araújo de Arruda Nutrólogo e Anestesiologista CRM 7699 CPF 057.323.034-05
08/03/17	07h	# URPA # Paciente sedado, agitado, sob sedação. Arterial e VCM, FC = 140 bpm, PA = 130x80 mmHg, Sat 93%, dióxido de carbono 50 mmHg. cd: 1) Sedado após UTI 2) Sedado sob sedação profunda 3) Sedado sob sedação profunda, observando
		Dr. Pedro Tito P. Roque Anestesiologista CRM PB 7119

F(NQ).ENF.018-1



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Davi Oliveira Marcelino

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

1/3/2017 # WCR  
às 09h00

TCE por acidente  
cl. motocicleta  
VIGIL

CONFUSO

OBEDIENCE A COMANDOS

Pupila 4+/2+

ref. revelou ITSD Frontal (D)  
Laminar

cl: Acompanhador o caso  
Suporte clínico  
Trat. conservador

George Mendes  
Residência: Av. ...  
Cidade: ...

01/02/17

#12051010

PLA 4 ORBEN 66 310 7600  
2630 216.000, A MISS. CENSO. (66  
A COMANDO 660 PLA NCR)  
ORBEN 5: D. 200 ml  
E. 150 ml  
LOR RE TONOR

Daniel ...  
Cl. ...  
Cidade: ...



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		6/3/17
		# Gr. Torção
		Paciente admitido a pleuroscopia + drainagem de pus + decorticação pulmonar direita + drenagem torácica em alto d'água + ① no intercostal. Realizada também lavagem de cavidade pleural + ⑤ via de torção + ⑤. Paciente segue estável + URPA.
		Dr. Adalberto Vieira Jr. Médico Cirurgião Geral CRM-PB 9298
06/03/17	19:40	# ANESTESIOLOGIA - URPA # DOI DECORTICAÇÃO PULMONAR SEPSIS (DO TAZEDIN)
		Paciente segue em sedação leve, intubado, VET 500ml, FR: 14rpm, PEEP 5, Remoção mecânica unilateral em modo de rampa (4cm H <sub>2</sub> O) 6ml/h; PA = 104x62mmHg FC: 88bpm SpO <sub>2</sub> : 100% Dreno torácico bilateral permanente Bom diurese.
		Conduta: Falecer no decorrer da luta com sepsis Aguardando sepelir em UTI
		Alana Vital Nazianzon Médica Anestesiologista CRM-PB 7128
07/03/17	22:00	# Anestesiologia - URPA # DOI Decorticação Pulmonar # Sepsis
		Pete Sepsis M. 9/7/2017

RUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: DAVI OLIVEIRA MARCELINO BE/Prontuário: 983563  
Idade: 20 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: Parda Data: 15 / 03 / 2017  
Clínica/Setor: UTI EMP:                      LR: 05  
Cirurgia: TRAQUEOSTOMIA  
Cirurgião: Dr. Laecio Bragante de Araújo 1º Assistente:                       
2º Assistente:                      3º Assistente:                       
Instrumentador:                      Anestesista: O cirurgião  
Tipo de Anestesia: Local + sedoanalgesia Horário: Início 15:05 Término 15:35

POLITRAUMA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO	CID
TCE (HSD AGUDO LAMINAR) + CONTUSÃO TORÁCICA (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIR)	
8º DPO DE DRENAGEM TORÁCICA	
EMPIEMA PLEURAL// 9º DPO DE DECORTICAÇÃO PULMONAR	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	
VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
TRAQUEOSTOMIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:                     

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☒ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 15 / 03 / 2017

Médico/CRM:

Dr. Laecio Bragante de Araújo  
Terapia Intensiva  
CRM-PB 5247

F(NG).ASCIR.009-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Dani Oliveira Maranhão BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 06/03/12

Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Desfibrilação pulmonar VATS

Cirurgião: Dr. Moreira 1º Assistente: Dr. Avelar MR2

2º Assistente: Dr. Felipe MR1 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: geral Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Eciose mural</u>	

### EQUIPAMENTO UTILIZADO DA GRUTÓRAX

- ☒ TELE PACK X - processador de imagem para toracoscopia
- ☒ Broncoscópio flexível
- ☒ Caixa de instrumentos cirúrgicos

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Pleuriscopia</u>	
<u>Desfibrilação pulmonar VATS</u>	
<u>Bloqueio de n. parietal</u>	
<u>Toracotomia e D. mural fechada bilateral</u>	
<u>Pleuriscopia flexível</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: \_\_\_\_\_

Dr. João Pessoa dos Santos  
CRM-PR: 7065

João Pessoa, 06/03/12

F(NG).ASCIR.009-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Davi Oliveira Marinho BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 06/03/17  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Promotorio Flexão  
Cirurgião: D. Moreira 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Necessidade de IOT seletiva</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Promotorio Flexão</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: \_\_\_\_\_

Dr. José Moreira dos Santos Netto  
CIRURGIA TORÁCICA / BRONCOSCÓPIA  
CRM 15.298

João Pessoa, 06/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em DDH + antisepsia e assepsia do campo operatório
Incisão: Cervical mediana longitudinal
Achados:
Condução:
1. Incisão cervical mediana transversa por planos anatômicos
2. Abertura da rafe mediana e afastamento da musculatura pré-tireoideana
3. Rebatimento superior do istmo da glândula tireóide
4. Identificação e isolamento da traquéia ao nível do 2º e 3º anéis traqueais.
5. Abertura da traquéia em "U" invertido ao nível do 2º e 3º anéis traqueais
6. Ancoragem do retalho traqueal à margem inferior da incisão cirúrgica
7. Revisão da hemostasia
8. Colocação de cânula traqueal nº 7,5
9. Curativo local + fixação da cânula traqueal com cadarço
10. SpO2 = 98%
Fechamento:
11.
12.
13.

João Pessoa, 15 / 03 / 2017

Médico/CRM:

Dr. Laécio Bragante de Araújo  
Terapia Intensiva  
CRM 983247

F(NG).ASCIR.009-1

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p><b>Posição e Preparo:</b></p> <p>1. Paciente a dentilh lateral exposto sob a gu.</p> <p>2. Acepsia + Antiseptia + Campos Alérgicos</p>
<p><b>Incisão:</b></p> <p>3. Minihemiotomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5º EICD LAA (Drenagem prévia / Trocar)</li> <li>8º EICD LAM (Óleo / Drenagem chel)</li> </ul>
<p><b>Achados:</b></p> <p>4. Espina pleural fase II</p>
<p><b>Conduta:</b></p> <p>5. Drenagem prévia VATS</p> <p>6. Higiene de cavidade</p> <p>7. Propriedade de n. pleural</p> <p>8. Trocarização e D. pleural fechada</p> <p>9. Hemotórax / Atelectasia</p>
<p><b>Fechamento:</b></p> <p>10. Fechamento pl. pleural</p> <p>11. Curativo</p>
<p><b>Observação:</b></p> <p>12. Delimitado litro pl. cultura de ATB.</p> <p>13. Realizado Re-ferenciamento do lado esquerdo lateral.</p>

Dr. José Moreira dos Santos Netto  
CIRURGIA TORÁCICA / BRONCOSCÓPIA  
CRM 687065

João Pessoa, 06/03/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

MS. 434

## FICHA DE ANESTESIA

DATA 06/24/7

**PRONTUARIO:**

983502

**PACIENTE:**

**SEXO:**

COR:

**IDADE:**

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATORIO		AP. CIRCULATORIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO		ESTADO FÍSICO (ASA)	
PRÉ-ANESTÉSICO					
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO	AUXILIAR				
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$			
ANESTESISTA	CRM-PB				

TESTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
TESTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
TESTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
TESTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
TESTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
TESTES	1	2	3	4	5	6																																																																																														

[illegible]

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

Paciente DPH monitorizado por oxímetro de pulso

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO \_\_\_\_\_

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico	
GLUCOSE	1 Fentani 250mcg
MAC	2 Propofol 100mg
MACLE	3 bisoprolol 100mg
RODGER	4 Lidocaina 10mg
TOTAL	5 Tetrac 15
DESTINO DO PACIENTE	6 Dexame 10mg
<input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 Dexamet 2mg
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 Dipirona 2g
<input type="checkbox"/> OUTROS	9 Sevoflurano
CONDIÇÃO DO INSTRUMENTAL	10 Trocar 10mg
Observações	11 Atropina 1mg
Robert - Shaw 37, Manutenção	12 Propofol = 100mg
	13 + Dexamet = 60mg
	14 p/ Reintubação e/ TUBA Nº 8
	15 c/ cuff.
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	32
	33
	34
	35
	36
	37
	38
	39
	40
	41
	42
	43
	44
	45
	46
	47
	48
	49
	50
	51
	52
	53
	54
	55
	56
	57
	58
	59
	60
	61
	62
	63
	64
	65
	66
	67
	68
	69
	70
	71
	72
	73
	74
	75
	76
	77
	78
	79
	80
	81
	82
	83
	84
	85
	86
	87
	88
	89
	90
	91
	92
	93
	94
	95
	96
	97
	98
	99
	100

• OBS => Pissino e uso di Dr. Euzim (Mestresita) AS  
13:10h.

028-1  
Patrick Assis  
Medico  
CRM-13 6405



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

LARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>DAVI OLIVEIRA MARCELINO</b>	BAE <b>983563</b>	Data/Hora Entrada <b>25/02/2017 22:24:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>25/05/1996</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA MARCELINO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986127988 / (83) 32322217</b>
Endereço <b>ROSINALDO SANTANA, 853</b>			Prontuário <b>49209</b>
Bairro <b>ALTO DA BOA VISTA 986423583</b>		Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X VEICULO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/02/2017 13:48:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>01/03/2017 21:25:56</b>	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-ÔNIBUS.TRAZIDO PELO RESGATE.APRESNTANDO TRAUMA TORÁCICO.COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM HTD.ABDÔMEN SEM SINAIS DE DOR E OU IRRITAÇÃO.DIAGNOSTICADO PNEUMOTÓRAX FEZ TOMOGRAFIA DE CRANIO COM HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR FRONTAL ESQUERDO SEM EFEITO DE MASSA. PACIENTE COM DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR HD: PLEXOPATIA BRACIAL? CD: CONSERVADORA;REAVIAÇÃO APÓS ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação

  
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)

DAVI OLIVEIRA MARCELINO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - RJ  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0100 00000000 2016

10015 000000000000

43700000000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

10015 000000000000

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

PE Nº 012507020360 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/05/2016

OPM3953/PB

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

01000000000000000000

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ALICENCIAMENTO E COPIA DO LAUDO ATUALIZADO PARA O ANO 2016  
OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
E PARA TODAS AS CARGAS TRANSPORTADAS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Davi Oliveira Marcelino  
Qualificação: Advogado  
CPF/MF: 702.859.424-05 RG: 1116997550/PB  
Endereço: Rua Rosinaldo Santana n: 853  
pto da Boa Vista - Bayeux. CEP. 58300000

**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, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Davi Oliveira Marcelino  
Outorgante



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298293/17  
Vítima: DAVI OLIVEIRA MARCELINO  
CPF: 702.856.424-05

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/02/2017  
Titular do CPF: DAVI OLIVEIRA MARCELINO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**DAVI OLIVEIRA MARCELINO : 702.856.424-05**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

*f*

### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 02/08/2017  
Nome: DAVI OLIVEIRA MARCELINO  
CPF/CNPJ: 702.856.424-05

Data do cadastramento: 02/08/2017  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

DAVI OLIVEIRA MARCELINO

Sandra Maria Accioly Pedrosa



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

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0856787-43.2017.8.15.2001

**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 apazado 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, intem-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, 22 de novembro de 2017.

**Juiz GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO**

**2ª Vara Cível da Capital**



Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital

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

---

Número	do	Processo:	0856787-43.2017.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	(7)
Assunto:			[ S E G U R O ]
Polo ativo:	AUTOR:	DAVI OLIVEIRA	MARCELINO
Polo passivo:	RÉU:	BRADESCO SEGUROS S/A	

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que procedi com a notificação do perito.

**Zimbra**

**jpa.1varacivel@tjpb.jus.br**

---

perícia

---

De :	1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br>	Seg, 14 de jan de 2019 14:11
Assunto :	perícia	
Para :	antoniovituriano@outlook.com	

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº0856787-43.2017.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a 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)?

---

JOÃO PESSOA, 14 de janeiro de 2019  
ALEX OLINTO DOS SANTOS