



Número: **0800582-88.2019.8.15.1171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA (AUTOR)	TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO) ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31073 654	28/05/2020 12:24	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
31073 657	28/05/2020 12:24	<a href="#">2721540_CONTESTACAO_Anexo_05</a>	Outros Documentos
31073 658	28/05/2020 12:24	<a href="#">2721540_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos
31073 659	28/05/2020 12:24	<a href="#">2721540_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
31073 660	28/05/2020 12:24	<a href="#">2721540_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244271700000029824588>  
Número do documento: 20052812244271700000029824588

Num. 31073654 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190547993**

**Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**

**Data do Acidente: 22/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14797954





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

---

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190547993      Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 22/06/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060112

Carta nº 14805055



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190547993 Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**Data do Acidente:** 22/06/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%  
Síndrome de Tumores cerebrais

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%  
Valor a indenizar: 25,00% x 12.500,00 =

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00



Recebedor: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000044887-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Antônio Walter Ferreira de Lima		
	705 257.874-37	CPF:	705 257.874-37	
Nome completo:			Número:	5/n
Profissão:	Endereço:	Complemento:		
Agricultor	Sítio Queimados			
Bairro:	Cidade:			
Zona rural	Paulista	Estado:	PB CEP: 58.860 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99900-0530			
<a href="mailto:t.werton@hotmail.com">t.werton@hotmail.com</a>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 44887 9	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

<b>Impressão digital da vítima ou beneficiário ou cópia do documento</b>	Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011   Nome: _____ Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima CPF: 705.257.874-37	TESTEMUNHAS
		1º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura
		2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Antônio Walter Ferreira de Lima  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018





AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal  
DATA: 20/05/2020 HORA: 10:51:03  
TERMINAL: 07321001 CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0732 013.00044887-9  
NOME: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8057

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
VA SAC CAIXA: 0800-726 0101  
IE Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
TE [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190547993  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Valter Ferreira de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Queimados, S/N  
Zona Rural Paulista PB CEP: 58860-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4157318  
Data local do acidente: [ 22/06/2019 ]  
Data local do exame: [ 27/09/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/06/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA QUE EVIDENCIOU HEMORRAGIA EPIDURAL DATADO DO DIA 23/06/2019 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA E CRANIOPLASTIA, ENCAMINHADO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONDE PERMANECIU POR 48 HORAS E MAIS 4 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. EVOLUIU COM CRISES CONVULSIVAS E FOI PRESCRITO POR NEUROCIRURGÃO CARBAMAZEPINA DE 200 MG 2X AO DIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**Complicações:** PACIENTE APRESENTA DIFÍCULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, ALEM DE FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

Data da Alta: 28/06/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME NEUROLÓGICO:** APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFÍCULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFÍCULDADE DE RESPONDES ALGUMAS PERNUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA**

**DÉFICIT DE ATENÇÃO**

**ALTERAÇÕES COGNITIVAS**

**DIFÍCULDADE DE RESPONDES ALGUMAS PERNUNTAS**

**AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantitativo correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE**

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Tiago Martins Formiga*

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



**DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL**  
3ª Superintendência Regional  
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB  
**Delegacia de São Bento**  
**Fone (83)3444-2804**  
**Disque denúncia 197**



**GOVERNO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0668/2019**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: **22/06/19** hora: **19h:00min**

Notificante: **ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**, alcunha "NEGO",  
Nacionalidade: brasileiro, união estável, agricultor,  
naturalidade: Pombal/PB, nascido em 06/09/1993, documento: RG nº 4.157.318 SSDS/PB, CPF nº 705.257.874-37, filho(a) de Valdenor Ferreira de Lima e de Luzia Vieira de Lima, endereço: Sítio Queimados, Zona Rural de Paulista/PB, referência: telefone para contato 83-9 9905 8067.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ROBERTO FONSECA BARROS**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*\*, nascido em / / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\* ,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\* , documento: ,  
filiação: e de , endereço: \*\*\*\*\*, referência: . Tel/Cel: ( ) ;

**HISTÓRICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: O noticiante relata que na data 22/06/19 por volta das 19h:00min estava dirigindo uma motocicleta modelo Honda CG 125 Fan KS, cor preta, placa NQH 9670/PB, chassi 9C2JC4110AR51310, renavam 0019170897-6, registrada em nome de Maria das Graças R Leandro, quando nas imediações da CAGEPA no município de Paulista/PB uma motocicleta em sentido contrário atingiu a motocicleta do noticiante; Que o noticiante caiu na via pública e foi socorrido para o Hospital local. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 24 de Julho de 2019. Às 15:20 horas.

*Antônio Valter Ferreira De Lima*

<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	
PROTOCOLO DE REVISÃO COMPREV - SEGUROS E PREVIDÊNCIAS AG. JOÃO PESSOA 24 SET. 2019	



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Antônio Walter Ferreira de Lima		
	705 257.874-37	CPF:	705 257.874-37	
Nome completo:			Número:	5/n
Profissão:	Endereço:	Complemento:		
Agricultor	Sítio Queimados			
Bairro:	Cidade:			
Zona rural	Paulista	Estado:	PB CEP: 58.860 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99900-0530			
<a href="mailto:t.werton@hotmail.com">t.werton@hotmail.com</a>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 44887 9	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou cópia de identidade	Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011   Nome: _____ Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima CPF: 705.257.874-37	TESTEMUNHAS
		1º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura
		2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Antônio Walter Ferreira de Lima  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018





AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal  
DATA: 20/05/2020 HORA: 10:51:03  
TERMINAL: 07321001 CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0732 013.00044887-9  
NOME: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8057

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
VA SAC CAIXA: 0800-726 0101  
IE Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
TE [www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

NUMERO DO ENVELOPE: 4032210267

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000044887-9

---

Nr. da Autenticação 1DC7055D01B2BD91



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 11

## Endereço da Unidade Consumidora:

GERALDO ALVES DE FARIAS

SIT QUEIMADO, S/N - 58860000 - CEP: 58860000

ÁREA RURAL

PAULISTA (AG: 237)

Classe/Subclasse: RUR MTC B2-1199/RURAL-IRRIGANTE

Roteiro: 015 - 0242 - 771 - 0560

Nº do Medidor: 00008559950

MATRÍCULA: 0001447834-2019-07-4

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: TRIFASICO

DOM. BANC:

CNPJ/CPF: 586.148.424-49

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.133/0001-40 Insc Est. 16.915.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Nº: 028.773.799

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Atendimento ao cliente sempre é em mais a conta

0800 083 0196

lgação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

SEGUNDA VIA

Emissão: 25/07/2019

Identificador para Débito Automático: 0001447834-1

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

Julho/2019

30/07/2019

23/08/2019

5/1447834-1

## DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/Cofins (R\$)	PIS (R\$) (1,045%)	Cofins(R\$) (4,9965%)
0601 Consumo em kWh	1.440,000	0,400240	0,426140	613,65	0,00	0	0,00	613,65	6,65	30,65
0601 Consumo em kWh Reservado	487,000	0,108060	0,115040	56,03	0,00	0	0,00	56,03	0,61	2,80
0601 Adic. B. Amerisa				20,77	0,00	0	0,00	20,77	0,22	1,04
0610 Subsídio				508,15	0,00	0	0,00	508,15	5,51	25,38
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0906 Devolução Subsídio				-477,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 06/2019				1,23						
0805 MULTA 06/2019				36,94						

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 759,51 0,00 0,00 1.196,60 12,99 59,87

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICOS DISTRIBUICAO ENERGISAPB	224,18	29,51
COMPRA DE ENERGIA	334,43	44,30
SERVICOS DE TRANSMISSAO	34,89	4,59
ENCARGOS SETORIAIS	82,98	10,98
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	111,03	14,82
OUTROS SERVICOS	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>759,51</b>	<b>100,00</b>

- Valor Encargo Uso Sist. Distri: (Ref 05/2019): R\$ 376,52

VENCIMENTO

07/08/2019

TOTAL PAGAR  
COMPRA COMPREV

R\$ 759,51

Reservado no Fisco

24 DEZ. 2019

PROTOCOLO

AG. 10400PE

1f29.59fa.44a3.97a1.5e3d.b2a6.a3ba.6842

AUTENTICAÇÃO NECESSÁRIA

RECIBO DO PÁGADOR

BANCO DO BRASIL S A | 001-9| 00190.00009 02624.912008 04501.149175 8 79740000075951

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A

VENCIMENTO

07/08/2019

BENEFICIARIO

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CNPJ

09.095.183/0001-40

ENDERECO

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

NOSSO NÚMERO

2624912004501149

DATA DO DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO

25/07/2019 1447834-2019-07-4

ESPECIE DOC

ACEITE

DATA DO PROCESSAMENTO

25/07/2019

(-) VALOR DO DOCUMENTO

759,51

USO DO BANCO

CARTEIRA

ESPECIE

QUANTIDADE

VALOR

(-) DESCONTOS/ABATIMENTOS

INSTRUÇÕES

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS

(+/-) MORA/ MULTA

NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.

(+) OUTROS ACRESCIMOS

TÍTULO SUJEITO A PROTESTO A PARTIR DO DÉCIMO DIA CORRIDO APÓS O VENCIMENTO

(+) VALOR COBRADO

NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.

PAGADOR

GERALDO ALVES DE FARIAS

CPF/CNPJ

586.148.424-49

SIT QUEIMADO, S/N - 58860000

PAULISTA (AG: 237)

SACADOR/AVALISTA

CÓD. DE BAIXA

AUTENTICAÇÃO NECESSÁRIA

Ficha de Compensação







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jairton P. Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.153-474, 46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Valter Ferreira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 705-257-874, 37, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio Valter Ferreira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 705-257-874, 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Domingos de Meléteras</u>	Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT: 103</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Pombal</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>T.EVERTON@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)	-	Telefone celular (DDD)	<u>(83)99900 0530</u>

Pombal/PB, 20 de setembro de 2019  
Local e Data

Tairton Evertton Purina Oliveira  
Assinatura do Declarante

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSO

PRINTER: PAPER SOURCE 201405



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Rodrigues Leandro,  
RG nº 2425328, data de expedição 09/05/1977, Órgão SSP/PB,  
portador do CPF nº 050.628.544-82, com Domicílio na  
cidade de PAULISTA, no Estado de PARAÍBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO JATOBÁ,  
nº 5/N, complemento, ZONA RURAL, 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 Valter Ferreira de Lima  
cujo o condutor era Antônio Valter Ferreira de Lima.

Veículo: Motocicleta

Ano: 2009 / 2010

Modelo: Honda /CG 125 Fan K5

Placa: NQH 9670 / PB

Chassi: 9C2JC4110AR531310

Data do acidente: 22/06/19

Local e data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2019.

X Maria das Graças Rodrigues Leandro

Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Nel: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA  
Sob: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) à firma de: MARIA DAS GRAÇAS  
RODRIGUES LEANDRO.  
Em testamento, em dia de verdade, Dou  
FÉ, POMBAL-PB, um de agosto de dois mil e dezenove  
SELO25A Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AIY53084-XE25  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM R\$ 11,89 FARPN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO DE REGISTRO  
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/  
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroga  
Tabelião Substituto

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
24 SET. 2019  
PRUTO C LO  
AG. JOÃO PESSOA





PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Valter Faccina de Lima IDADE: 25 SEXO:  MASC  FEM  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 22 / 06 / 19 HORA: \_\_\_\_\_

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO:  Clínico  Cirúrgico DIH: \_\_\_\_\_

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: corte contuso em lábio superior / colisão moto x moto /  
ESTADO GERAL:  Estável  Regular  Comprometido  Grave  Melhorado alcoolizado  
SISTEMA NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  Consciente  Inconsciente  Orientado  Algo Orientado  Desorientado  Comatoso  Torporosa  Sedado

ASPECTO EMOCIONAL:  Comunicativo  Cooperativo  Apático  Calmo  Ansioso  Deprimido  Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOSO:  Satisfatório  Insônia  Uso de Medicação

Prejudicado

DOR:  Não  Sim Local: oral/lábio superior

MOVIMENTAÇÃO:  Acamado  Deambula  Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR:  Não  Sim, especificar \_\_\_\_\_

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada:  Sim  Não

HIDRATAÇÃO:  Hidratado  Desidratado  Anasarcina  Edema Local: \_\_\_\_\_

COLORAÇÃO DA PELE:  Normocorado  Hipocorado  Ictérico  Cianótico  Cianose Central  Cianose de Extremidades  Hiperemia

CONDição DA PELE:  Hematoma  Equimoses  Celulite  Lesões, local e descrição: \_\_\_\_\_

ULCERA POR PRESSÃO:  Não  Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, Destrução e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: \_\_\_\_\_ bpm (X) Eupnélico  Dispnéico  Taquipnéico  Outros \_\_\_\_\_

Tosse, se sim especificar \_\_\_\_\_

SUPORTE VENTILATÓRIO:  NBZ  Cateter de O2 \_\_\_\_\_ L/min  Traqueostomo  Dreno Tórax  Máscara de Venturi  Máscara com Reservatório, \_\_\_\_\_

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: 120 x 80 mmHg ( Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico)

PULSO:  Cheio  Filiforme

PERFUSÃO PERIFÉRICA:  Preservada  Diminuída

ACESSO VENOSO:  AVC  AVP  Outros \_\_\_\_\_ Venóclise

COMPREV  
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

24 SET. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

SISTEMA GASTRINTESTINAL:

NUTRIÇÃO:  Nutrido  Obeso  Emagrecido  Caquético

ALIMENTAÇÃO:  Oral  Zero  SNG/SNE, dias \_\_\_\_\_

META:  Livre  Líquida  Branda  Pastosa  Hipossódica  DM  Outros \_\_\_\_\_

ACEITAÇÃO:  Satisfatória  Pouca aceitação  Recusa

BDOMEN:  Flácido  Plano  Globoso  Distendido  Ascítico  Escavado  Gravidico  Doloroso

IRHA:  IRHA-  IRHA ausentes  Meteorismos

LIMINAÇÕES INTESTINAIS:  Presentes nas últimas 24h  Constipação \_\_\_\_\_ dias  Sólidas  Pastosas  Líquidas, nº de episódios \_\_\_\_\_

Colostomia  Melena  Outros \_\_\_\_\_

STEMA GENITURINÁRIO:

URESE:  Espontânea  Retenção  Incontinência  SVD, dias \_\_\_\_\_

PECTO:  LIMPIDO  Concentrado  Colúrico  Piúrico  Hemático  Outros \_\_\_\_\_

FLUME:  Normal  Polaciúria  Oligúria  Anúria  Nictúria



#### AGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

ma de colisão moto + moto, deu entrada nessa unidade para equipe do Hospital, orientante, pouco cooperativo, acometido. Ameaça com armas de fogo e necessidade de rotina. Realizado edicáculo CPN e segue em observação com cuidados de enfermagem.

Enfermeiro/COREN

#### AGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

- apresenta vômito + cefaléia.  
- apresenta episódio de vômito, nega cefaléia.  
- uso preservativo. Sigue com cuidados da Equipe.

Enfermeiro/COREN

#### EMENTOS DE ENFERMAGEM

130h.	02:15h.				
0x80	130x80				
minas Gerais	Catarina				

#### MAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Colisão moto + moto, deu entrada nessa unidade Trajando pela equipe orientante, alcoolizado, pouco cooperativo, agressivo. Apresenta labios com necessidade de rotina. Realizado rotina + medicamentos observações.

Chunay 594-728.

Téc. de Enfermagem/COREN

#### MAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

apresenta vômito + cefaléia.  
apresenta + 1 episódio de vômito, nega cefaléia, sono e repouso  
em des condicões da Equipe.

Chunay 594728

Téc. de Enfermagem/COREN



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
(HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS)  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Valter Ferreira de Lima IDADE: 25 SEXO: ( )MASC ( )FEM  
ENFERMARIA: 01 LEITO: 01 DATA: 23/06/19 HORA: \_\_\_\_\_

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: [ ] Clínico [ ] Cirúrgico DIH: \_\_\_\_\_

3 - EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ESTADO GERAL: (x) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Melhorado  
SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x)Consciente ( )Inconsciente ( )Orientado ( )Algo Orientado ( )Desorientado ( )Comatoso ( )Torporoso ( )Sedado  
ASPECTO EMOCIONAL: ( )Comunicativo ( )Cooperativo ( )Apático ( )Calm ( )Ansioso ( )Deprimido ( )Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: ( )Satisfatório ( )Insônia ( )Uso de Medicação  
Prejudicado \_\_\_\_\_

DOR: ( )Não (x)Sim Local: \_\_\_\_\_

MOVIMENTAÇÃO: ( )Acamado (x)Deambula ( )Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: ( )Não ( )Sim, especificar: \_\_\_\_\_

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: (x)Sim ( )Não

HIDRATAÇÃO: ( )Hidratado ( )Desidratado ( )Anasarca ( )Edema Local: \_\_\_\_\_

COLORAÇÃO DA PELE: (x)Normocorado ( )Hipocorado ( )Ictérico ( )Cianótico ( )Cianose Central ( )Cianose de Extremidades ( )Hiperemia

CONDICÃO DA PELE: ( )Hematoma ( )Equimoses ( )Celulite ( )Lesões, local e descrição: \_\_\_\_\_

ÚLCERA POR PRESSÃO: (x)Não ( )Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, Destrução e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: \_\_\_\_\_ bpm ( )Eupnéico ( )Dispnéico ( )Taquipnéico ( )Outros

Tosse, se sim especificar \_\_\_\_\_

SUPORTE VENTILATÓRIO: ( )NBZ ( )Cateter de O2 \_\_\_\_\_ l/min ( )Traqueostomo ( )Dreno Tórax ( )Máscara de Venturi ( )Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg ( )Normocárdico ( )Bradicárdico ( )Taquicárdico

PULSO: ( )Cheio ( )Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( )Preservada ( )Diminuída

ACESSO VENOSO: ( )AVC \_\_\_\_\_ (x)AVP \_\_\_\_\_ ( )Outros \_\_\_\_\_ Venóclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: (x)Nutrido ( )Obeso ( )Emagrecido ( )Caquético

ALIMENTAÇÃO: (x)Oral ( )Zero ( )NG/SNE, dias: \_\_\_\_\_ ( )Gastrostomia ( )Ileostomia ( )Jejunostomia

DIETA: (x)Livre ( )Líquida ( )Branda ( )Pastosa ( )Hipossódica ( )DM ( )Outros

ACEITAÇÃO: (x)Satisfatória ( )Pouca aceitação ( )Recusa

ABDOMEN: ( )Flácido (x)Plano ( )Globoso ( )Distendido ( )Ascítico ( )Escavado ( )Gravídico ( )Doloroso

( )RHA+ ( )RHA- ( )RHA ausentes ( )Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ( )Presentes nas últimas 24h ( )Constipação \_\_\_\_\_ dias ( )Sólidas ( )Pastosas ( )Líquidas, nº de episódios: \_\_\_\_\_ ( )Colostomia ( )Melena ( )Outros

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: (x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )SVD, dias: \_\_\_\_\_ ( )Irrigação ( )Cistostomia ( )Uso de Fraldas

ASPECTO: (x)LÍMPIDO ( )Concentrado ( )Colúrico ( )Piúrico ( )Hemático ( )Outros

VOLUME: (x)Normal ( )Poliúria ( )Polaciúria ( )Oligúria ( )Anúria ( )Nictúria



AGEM – INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Se ausentou para realizar Tc i de Crâ -  
ombal em Segunda transferido para Chape-  
raúma em Campina Grande.

Paloma Valeria A. Monteiro  
Educação  
(21) 459-5110

Enfermeiro/COREN

■AGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Enfermeiro/COBEN

■ MENTOS DE ENFERMAGEM

20	12.00			
50	30.00			
	+3			
	33.			
x 30	340 x 0			
L	374.			

JAGEM – INTERCORRÊNCIAS DILATRAS

Ausentei para realizar TC de vérulas em  
seguida transferida para o hospital  
em Campina Grande.

1291.406 M<sup>o</sup> das Gacos

Téc. de Enfermagem/COREN

#### **IMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS**

Téc. de Enfermagem/COREN-





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

### Encaminhamento

Paciente vítima de traumatismo crânico  
realizou TC no crânio, que evidenciou  
hematoma intracraniano. Foi realizada  
vaga c/ neurocirurgia e serviço de  
trauma da campanha Grande-PB. Pô ser submetido  
à cirurgia.

Glasgow 14 c/ pupilas isocônicas e  
fotoreceptores

( cató )

*Men Allisson F. dos Santos*  
Médico Anestesiologista  
CRM-PB 11250  
*Assinatura do Médico*

23/05/16  
DATA

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"



23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 23/06/2019 Hora: 18:57:47

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b>			23 -
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>			23 -
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			
<b>Identificação do Paciente</b>			
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b>			6 -
<b>ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA</b>			192 -
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>9 - SEXO</b>
		<b>06/09/1993</b>	<b>Masc (X) F</b>
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b>			<b>11 - TELEFONE DE COMUNICAÇÃO</b>
			<b>DIG 1 83 N° DE</b>
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)</b>			
<b>POMBAL , 0 , CENTRO</b>			
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>		<b>14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF</b>	<b>16 -</b>
<b>Pombal</b>		<b>251210</b>	<b>PB</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>			
<p><i>Refluxo</i>  <i>Intenso com sonolência e disfunção de urina.</i>  <i>Urticaria 12 , isco</i> (Herr 1).</p>			
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>			
<p><i>Risco de morte.</i></p>			
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b>		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>	<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>
<b>Herr</b>		<b>690 -</b>	<b>-</b>
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
<b>25 - N.º DO PROCEDIMENTO</b>			
<b>26 - CLÍNICA</b>	<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>	<b>28 - DOCUMENTO</b>	<b>29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL</b>
	<b>02</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	<b>980016288958722</b>
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>		<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b>	<b>32 - ASSINATURA E CARAMBOLHO DO REGISTRO</b>
<b>JOSE RAMALHO DA SILVA NET</b>		<b>23/06/2019</b>	<i>(Assinatura)</i>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>	<b>37 - N.º DCI</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>			
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>	<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>	<b>40 - CNAE</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR	<b>( ) AUTÔNOMO</b>	<b>( ) DESEMPREGADO</b>	<b>( ) APOSENTADO</b>
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>	<b>45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INT</b>
<b>46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>	<b>48 - ASSINATURA E CARAMBOLHO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>		
<i>/ /</i>			

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1927287



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
 Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 21





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Antônio Veltor Ferreira de S.</i>			IDADE: <i>61</i>			
DATA: <i>23/06/19</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		
		URINA						
AP RESPIRATÓRIO						ASMA		
AP CIRCULATORIO						ELETROCARDIO		
AP DIGESTIVO						AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		<i>Consciente</i>		DENTES:	PESCOÇO:	ALERGIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES						<i>ACE</i>		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA						APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>of</i>						Satisf.: _____	
LIQUIDOS	<i>00 sós loa</i>						Laringo e: _____	
CÓDIGOS VP ARTERIAL O PULSO AX ANESTESIA O OPERAÇÃO							Náuseas: _____	
							Outros: _____	
							<i>af</i>	
							<i>Dec</i>	
							<i>Nee</i>	
							<i>Jpo</i>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							ANESTESIA: _____	
POSIÇÃO							Não, por q: _____	
AGENTES	<i>fent 0.300mg + trop 0.250mg + f</i>						Reflexos r: _____	
TÉCNICA	<i>se - fundo</i>						Obstr.: _____	
OPERAÇÃO	<i>Pratamento sangue e hematom</i>						Náuseas: _____	
CIRURGIÕES	<i>M José Rangel</i>						Outros: _____	
ANESTESISTAS	<i>sacaria</i>						Com cânula: _____	
OBSERVAÇÕES							Paro o Leit: _____	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS:							PERDA SA:	
DIF:							FOLHA DE:	

23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 23/06/2019

NOME : Jose Ramalho Da Silva Neto



Número do Prontuário: 146437

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1927287 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 5

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 23/06/2019

Atendimento: 1927287

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0403010276 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Cirurgia: URGENCIA

Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: JOSE RAMALHO DA SILVA NET

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: LAÍS LIRA

Anestesista:

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista: XXX

Exame Radiológico no Ato: XXX

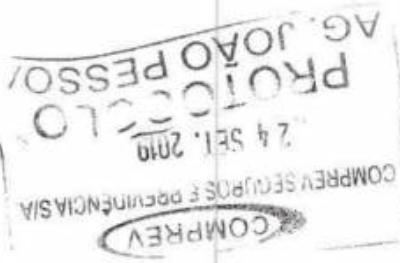
Acidente Durante Operação: NDN

- Descrição da Operação:
1. DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
  2. TRICOTOMIA E ANTISSEPSSIA
  3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
  4. INCISÃO LINEAR À DIREITA, TEMPORO FRONTAL
  5. CRANIOTOMIA TEMPORAL
  6. DREANAGEM HEDA
  7. REVISÃO DA HEMOSTASIA DURAL (COAGULAÇÃO DA ARTÉRIA MENÍNGEA MÉDIA)
  8. SUSPENSÃO DURAL.
  9. CRANIOPLASTIA (FIO PROLENE 2.0)
  10. DRENO SUBGALEAL
  - 11; SÍNTESE POR PLANOS.
  12. CURATIVO

Data 23/06/2019

Assinatura/Carimbo  
Jose Ramalho Da Silva Neto





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.157.318 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/2013

GEFAL NOME ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

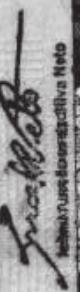
FUNÇÃO/VALDENOR FERREIRA DE LIMA  
LUIZA VIEIRA DE LIMA

NATURALIDADE: PONTEAL - PB

DOC. ORIGEM NASC. N. 9166 FLS. 590 LIV. A09 CARTÓRIO PAULISTA - PB

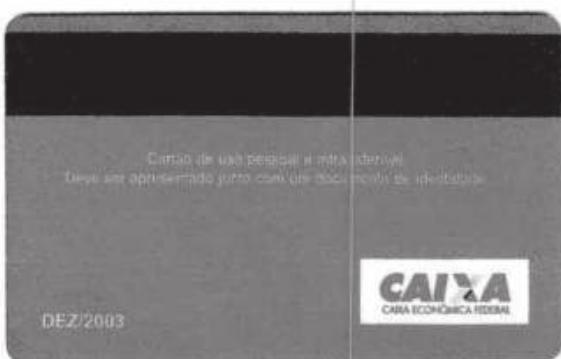
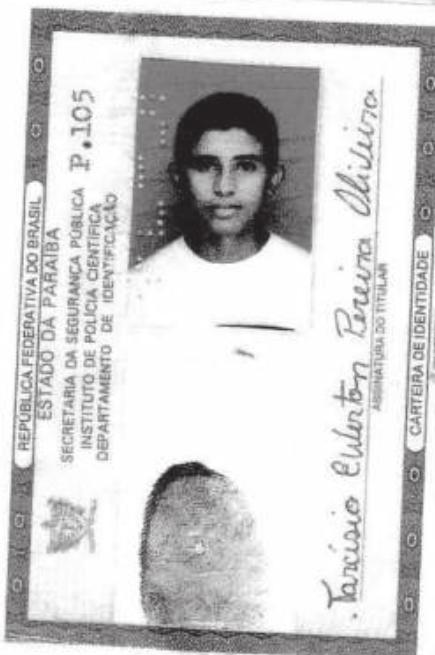
CPF: 705.257.874-37

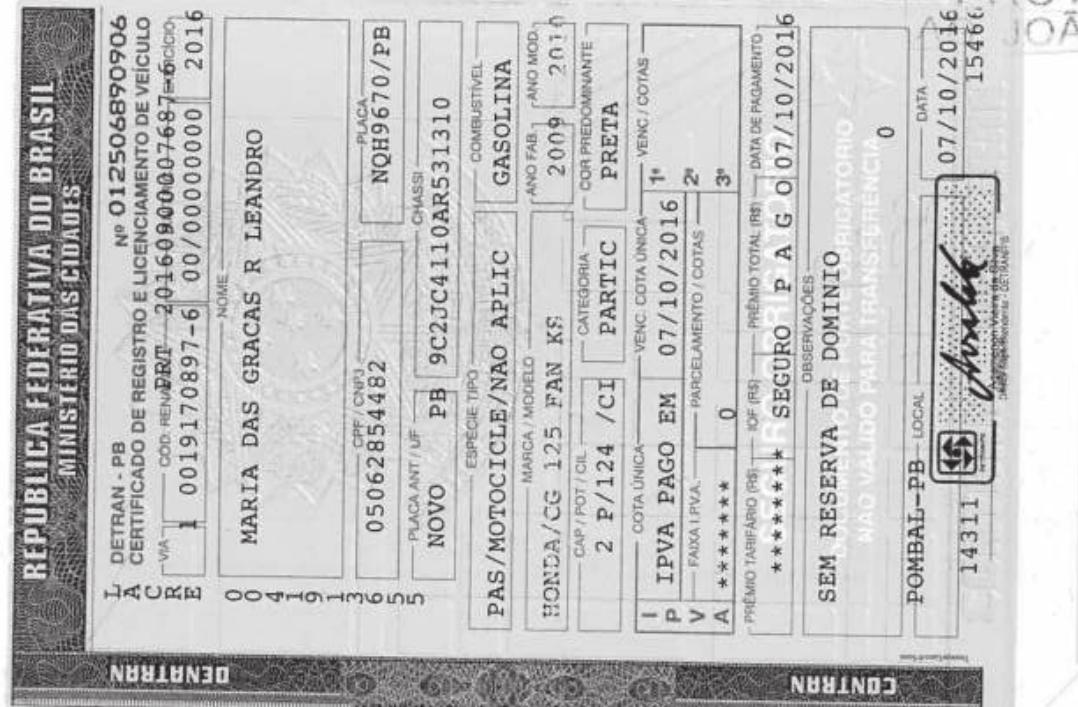
Nome: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Assinatura: 

Nota: Esta é uma cópia autenticada. Não é possível gerar nova cópia.







**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE. OUIPOR SUA CARGA. A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT**

PB Nº 012506890906 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
VIA	COD. PERN/PRT
1	20160800007687-6
	0019170897-6
	00/00000000
	2016
NOME	
MARIA DAS GRACAS R LEANDRO	

PLACA	NQH9670/PB
CHASSI	9C2JC4110AR531310
PLACA ANT / UF	PB
NOVO	NOVO

ESPECIE TIPO		PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL			
MARCA / MODELO		HONDA / CG 125 FAN KS		GASOLINA			
CAR / POT / CIL		2 P / 124 / CI		ANO MOD.			
CATEGORIA		PARTIC		ANO FAB.			
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VEINC. COTAS			
IPVA PAGO EM		07/10/2016		1º PARCELA			
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS		2º			
A *****		0		3º			
PREMIO AFIRARIO (R\$) +			PREMIO TOTAL (R\$) +				
IDF (R\$)			DATA DE EGRANAMENTO				
2009 2014 PRET							

*****	SEGURO PAG 007/10/2016	DATA 07/10/2016
SEM RESERVA DE DOMÍNIO HABITATÓRIO MAIS VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0		
OBSERVAÇÕES		
POMBAL-PB - LOCAL		

0 / 10 / 2016  
15466  
*Amber*  
Amber Collection, The British  
Museum, London, United Kingdom

卷之三

卷之三

卷之三

A

卷之三

100

C

四

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 28

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190547993      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 22/06/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame** AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALEIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALEIAS, DIFICULDADE DE RESPONDES ALGUMAS PREGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA NEUROLÓGICA DE FORMA MODERADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 29

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190547993      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 22/06/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame** AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALEIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALEIAS, DIFICULDADE DE RESPONDES ALGUMAS PERGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA NEUROLÓGICA DE FORMA MODERADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 27/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE Data do acidente: 22/06/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL  
LIMA  
SEGUROS S/A

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

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO (GLASGOW 12).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. (P6 P8 P9 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: TCE

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547993 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE Data do acidente: 22/06/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL  
LIMA  
SEGUROS S/A

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

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO (GLASGOW 12).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA. (P6 P8 P9 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Antônio Walter Ferreira de Lima, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Júlio Góes, nº 15/n, bairro zona rural, Município de Paulista, Estado de(o) Paraíba, Cep. 58.860-000, portador(a) do RG nº 1.157.318, SSP/PB e CPF nº 405.257.874-37.

**Outorgado:** Tarcísio Eulinton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro Centro, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep. 58.840-000, portador(a) do RG nº 285.8545, SSP/PB e CPF nº 064.163.474-46.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Antônio Walter Ferreira de Lima, ocorrido em 22/06/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza Invalidez.

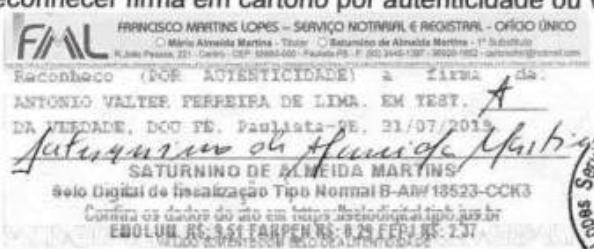
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Paulista - PB, 20 de setembro de 2019.

**COMPRESEGURAS PREMIUM S.A.**  
24 SET. 2019  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

X. Antônio Walter Ferreira De Lima  
Outorgante  
CPF Nº 405.257.874-37

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Consulte A Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>  
selo digital nº A1W-18523-CCK3

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329911/19

**Vítima:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**CPF:** 705.257.874-37

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/06/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA : 705.257.874-37

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 064.153.474-46

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244351900000029824590>  
Número do documento: 20052812244351900000029824590

Num. 31073657 - Pág. 34

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000044887-9

---

Nr. da Autenticação 1DC7055D01B2BD91



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244385400000029824591>  
Número do documento: 20052812244385400000029824591

Num. 31073658 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190547993      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 22/06/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame** AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALEIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALEIAS, DIFICULDADE DE RESPONDES ALGUMAS PERGUNTAS, AFIRMA ALTERAÇÕES DO SONO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELA NEUROLÓGICA DE FORMA MODERADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 27/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000044887-9

---

Nr. da Autenticação 1DC7055D01B2BD91



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:24:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812244412000000029824593>  
Número do documento: 20052812244412000000029824593

Num. 31073660 - Pág. 1