



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	Contestação	Contestação
31073 657	28/05/2020 12:24	2721540_CONTESTACAO_Anexo_05	Outros Documentos
31073 658	28/05/2020 12:24	2721540_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
31073 659	28/05/2020 12:24	2721540_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
31073 660	28/05/2020 12:24	2721540_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos 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,

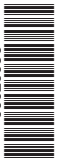
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14797954

Pag. 00071/00072 - carta_01 - INVALIDEZ

00020036





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

Rio de Janeiro, 25 de 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





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

Rio de Janeiro, 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 do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as 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%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	705.257.874-37	Antônio Walter Ferreira de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antônio Walter Ferreira de Lima	705.257.874-37	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Sítio Queimados	S/n
Bairro:	Cidade:	Estado:
Zona rural	Paulista	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
d.euerton@hotmail.com	58.860-000	(33) 99900-0530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 <input type="checkbox"/> CONTA: 44887 <input type="checkbox"/> 9	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(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

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 não atestada	Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011	TESTEMUNHAS
Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: 705.257.874-37	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
X Antônio Walter Ferreira de Lima		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 28/07/2018

TERMINAL: 07321001

MOEDA: R\$104121

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 9905-8067

NÚMERO 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

NÚMERO 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



**Lauda 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 NEUROCIRURGIÃO 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 DIFICULDADE 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 MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS, 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?

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

**PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA
DÉFICIT DE ATENÇÃO
ALTERAÇÕES COGNITIVAS
DIFICULDADE DE RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS
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 quantifique 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem sequelas permanentes"

(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):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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

Carimbo com Nome e CRM


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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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:() ;

HISTORICO 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 9C2JC4110AR531310, 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 contrario 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.

<u>Antonio Valter Ferreira De Lima</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
Matrícula: 168.620-8	





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:
	705.257.874-37	Antônio Walter Ferreira de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antônio Walter Ferreira de Lima	705.257.874-37	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Sítio Queimados	5/n
Bairro:	Cidade:	Estado:
Zona rural	Paulista	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
d.euerton@hotmail.com	58.860-000	(33) 99900-0530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 <input type="checkbox"/> CONTA: 44887 <input type="checkbox"/> 9	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(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

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 não alfabetizado	Local e Data: Paulista - PB, 20 de setembro de 2011	TESTEMUNHAS
	Nome: Antônio Walter Ferreira de Lima	1ª Nome: _____
	CPF: 705.257.874-37	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	X Antônio Walter Ferreira de Lima	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	

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



CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - ag.pombal

DATA: 28/07/2018

TERMINAL: 07321001

MOEDA: R\$104121

CONTROLE: 073210010512

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

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

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 9905-8067

NÚMERO 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

NÚMERO 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



HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPES:	2613530	CNPJ:	08.945.727/0001-53	Ficha Número:	62655
NOME:	HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS				
ENDEREÇO:	VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000				
CIDADE:	PAULISTA	ESTADO:	PARAIBA	UF:	25

IF-25

[illegible]

OTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

paciente e a mãe, o BPS tem-se mostrado importante tanto na avaliação da habilidade de comunicação verbal quanto na avaliação da habilidade de comunicação não verbal.

DIAGNÓSTICO

Cid. _____

Carência de atendimento

TIPO DE ATENDIMENTO

Urgência/Emergência (com Proc.)
Primeira consulta
Consulta Subsequente
Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade
Consulta c/ referência p/ outra unidade

COMPREV

COMPREV SEQUÍAS E DEPENDÊNCIA

24 DE 1. 2012

PRO C

AG. JOÃO PESS

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta simples
Consulta com medicamento
Consulta com observação
Consulta ortopédica

		P/ Observação				P/ outro Hospital	
		P/ Residência				Internação	
		P/ Amb. SUS				Óbito	
						Outros	

[illegible]

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1-	5FQ 9/4.500	
2-	Th. m. m. n. a. + AD (G)	18:05 OK
3-	Th. m. m. n. a. + AD (G)	18:35 OK
4-	Submer. in water	REALIZADO
5-	Measure down 0.1 m. + AD (EV)	OK
6-	Set 7.10 m. + AD (EV)	OK
7-	Th. m. m. n. a. + AD (EV)	OK

Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo

Carlos Jardel Costa Sousa
Médico
CRM-PB 11174

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo



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



Enderço da Unidade Consumidora:
GERALDO ALVES DE FARIAS
SIT QUEIMADO, S/N - 58860000 - CEP: 58860000
Arua Rural
PAULISTA (AG: 237)

Classe/Subcl.: RUR MTC B2-1189/RURAL-IRRIGANTE
Roteiro: 015 - 0242 - 771 - 0560
Nº do Medidor: 00008559950
MATRÍCULA: 0001447834-2019-07-4
DOM. ENT:

LIGAÇÃO: TRIFÁSICO
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 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.915.829-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº: 028.773.799

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Aqui você encontra sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação 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
PRÓXIMA LETURA

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\$) (1,0845%)	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. Amarela				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
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
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 1.198,60 12,99 59,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO ENERGISA/PB	224,18	29,51
COMPRA DE ENERGIA	336,43	44,30
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	34,89	4,59
ENCARGOS SETORIAIS	82,96	10,91
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	111,00	14,62
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	759,51	100,00

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

VENCIMENTO

07/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 759,51

Reservado ao Fisco

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

Autenticação eletrônica

RECIBO DO PAGADOR

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

BENEFICIÁRIO

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENDEREÇO

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

DATA DO DOCUMENTO

25/07/2019

Nº DOCUMENTO

1447834-2019-07-4

ESPÉCIE DOC

DS

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

25/07/2019

USO DO BANCO

17

CARTEIRA

17

ESPECIE

R\$

QUANTIDADE

VALOR

VENCIMENTO

07/08/2019

AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO

09.095.183/0001-40

NÚMERO

26249120004501149

(=) VALOR DO DOCUMENTO

759,51

(-) DESCONTOS/ABATIMENTOS

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA/MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(-) VALOR COBRADO

PAGADOR

GERALDO ALVES DE FARIAS

SIT QUEIMADO, S/N - 58860000

SACADOR/AVALISTA

CPF/CNPJ

586.148.424-49

PAULISTA (AG: 237)

CÓD. DE BAIXA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Ficha de Compensação

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. 12

SINVALDO ARAUJO DO O
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
POVBAL / PB CEP: 59400000 (A9: 21.1)



Ligação: MONOFÁSICO
Cat/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 0 - 227 - 85 - 1290 Referência: Jul/2019
Medidor: 30008153193 Emissão: 17/07/2019

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 16.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 028.145.055
Cód. para Déb. Automático: 00214143028

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	17/07/2019	16/08/2019	760.920.114-88 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1414302-8

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
66026.gov.br/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/08/19	Leitura 7337	Data 17/07/19	Leitura 7963	1

Demonstrativo									
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. sobre (R\$)	Base Calc. Fixa (R\$)	Cobrança (R\$)	Por Consumo (R\$)	Cobrança (R\$)
Tributos Totais (R\$) KMS (R\$) ICMS									
0001	Consumo em kWh	225.000	0,054400	192,24	192,24	27	51,90	192,24	2,08
0001	Adic. B. Amarela	2,60	2,60	27	0,70	2,60	0,03	0,13	0,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	5,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	210,56	194,94	52,60	154,94	2,11	9,51
Tarifa de Tributos:	0,511770						

Média últimos meses (kWh)

357

VENCIMENTO
01/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 210,56

Histórico de Consumo (kWh)

Jul'19	Agos'19	Sep'19	Out'19	Nov'19	Dez'19	Jan'20	Fev'20	Mar'20	Abr'20	Mai'20	Jun'20
--------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

RESERVADO AO FISCO

99d6.74b9.1be8.94db.3b01.8925.effe.64a7.

Indicadores de Qualidade - 5/2019 - Tensão			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	220
DIAGNÓSTICO ANUAL	23,64		
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	9,36		
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	6,72	CONTRATADA	202
DIAGNÓSTICO ANUAL	13,45	LIMITE SUPERIOR	231
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	3,46		
DIAGNÓSTICO	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	45,08	21,41
Compra de Energia	87,85	41,73
Serviço de Transmissão	7,02	3,33
Encargos Defletidos	10,55	5,00
Impostos Diretos e Encargos	80,16	38,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	210,56	100,00

Valor do EURO (Ref. 5/2019) R\$ 96,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PAGO VIA INTERNET BRABESTO
27/08/2019

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 03957.251170 9 799900000021056

PAGADOR: SINVALDO ARAUJO DO O - CPF/CNPJ: 760.920.114-88
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO - POVBAL / PB CEP: 59400000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003957251	001414302201907	01/09/2019	R\$ 210,56	



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



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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TARCÍSIO EWERTON A. 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 INVALIDAÇÃO 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 MEDEIROS</u>		Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT: 103</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>POMBAL</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>T.EWERTON@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99900 0530</u>		

POMBAL / PB 20 de SETEMBRO de 2019
Local e Data

Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Rodrigues Leandro,
RG nº 242.5328, data de expedição 09/05/1997, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 050.628.544-82, com Domicílio na
cidade de PAULISTA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio JARDIM,
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 Valtter Ferreira de Lima
cujo o condutor era Antônio Valtter Ferreira de Lima.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2009/2010
Modelo: Honda/CG 125 Fan Ks
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: JUANA D'ARCELIA DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA DAS GRACAS
RODRIGUES LEANDRO.
Em testemunho da verdade. Dou
fé. POMBAL-Paraíba, um de agosto de dois mil e noventa e nove
SML025A
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-A/YS3084-XE2S
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,86 FARENSE R\$ 0,29 FEPU 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
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA





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

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Vitor Ferreira de Lima IDADE: 259 SEXO: (X) 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: (X) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Melhorado alcoolidado
SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) alcoolidado () Consciente () Inconsciente () Orientado () Algo Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Sedado
ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo () Cooperativo () Apático () Calmo () Ansioso () Deprimido (X) Agressivo
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Uso de Medicação

Prejudicado
DOR: () Não (X) Sim Local: oval / lábio superior
MOVIMENTAÇÃO: () Acamado (X) Deambula () Deambula com Auxílio
DÉFICIT MOTOR: () Não () Sim, especificar _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: () Sim () Não
HIDRATAÇÃO: () Hidratado () Desidratado () Anasarca () Edema Local: _____
COLORAÇÃO DA PELE: (X) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico () Cianose Central () Cianose de Extremidades () Hiperemia
CONDIÇÃO 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, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ irpm (X) Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Outros _____
Tosse, se sim especificar _____
SUPORTE VENTILATÓRIO: () NBZ () Cateter de O₂ _____ L/min () Traqueostomia () Dreno Tórax () Máscara de Venturi () Máscara com Reservatório, _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: 120 x 80 mmHg (X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
PULSO: () Cheio () Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: () Preservada () Diminuída
ACESSO VENOSO: () AVC (X) AVP () Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

ALIMENTAÇÃO: (X) Nutrido () Obeso () Emagrecido () Caquético
ALIMENTAÇÃO: (X) Oral () Zero () SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia () Ileostomia () Jejunostomia
ALIMENTAÇÃO: () Líquida () Branda () Pastosa () Hipossódica () DM () Outros _____
ALIMENTAÇÃO: (X) Satisfatória () Pouca aceitação () Recusa
ABDOMEN: (X) Flácido () Plano () Globoso () Distendido () Ascítico () Escavado () Gravidico () Doloroso
ALIMENTAÇÃO: () RHA+ () RHA- () RHA ausentes () Meteorismos
ALIMENTAÇÃO: (X) Presentes nas Últimas 24h () Constipação _____ dias () Sólidas () Pastosas () Líquidas, nº de
ALIMENTAÇÃO: () Sódios () Colostomia () Melena () Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

URINE: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD, dias _____ () Irrigação () Cistotomia () Uso de Fraldas
URINE: (X) LÍMPIDO () Concentrado () Colúrico () Piúrico () Hemático () Outros _____
URINE: (X) Normal () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria () Nictúria

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ma de colíxai moto r moto, deu entrada nesta
cidade pelo direito da Hospital, corrente,
- pouco cooperativo, adreuido. Apresen-
ta suplexia com necessidade de rotis. Realiza
edicaçai CPH e segue em otavagai aux cuido
de Enfermagem.

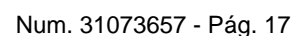
apresenta vômito + cetáquia.
- apresenta episódios de vômito, nega cetáquia.
- uso medicado: segue aos cuidados da Otorrin.

E: 30h.	O&: 15h.				
O x B0	130 x B0				
Mina Catarina					

Colúrio mole + mole: deu entrada nesta unidade trazido pela equipe
emba, orientado, alcoolizado, pouco cooperativo, agitado. Apresenta
lábios com maculidade de café. Produzido natural + medicações
observadas.

apresenta vômito e cefaleia.
apresenta 1 episódio de vômito, na cefaleia, sono e repouso
e as condições da Equipe.

Téc. de Enfermagem/COREN





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

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antonio Walter 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: ☒ Estável () Regular () Comprometido () Grave () Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente () Inconsciente ☒ Orientado () Algo Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Sedado
ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo () Cooperativo () Apático () Calmo () Ansioso () Deprimido () Agressivo
PADRÃO DE SONO E REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Uso de Medicação _____
Prejudicado _____

DOR: () Não ☒ Sim Local: _____

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

DÉFICIT MOTOR: () Não () Sim, especificar: _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: ☒ Sim () Não

HIDRATAÇÃO: () Hidratado () Desidratado () Anasarca () 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: _____

ÚLCERA 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, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ lpm () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Outros _____

Tosse, se sim especificar: _____

SUPORTE VENTILATÓRIO: () NBZ () Cateter de O₂ _____ L/min () Traqueostomia () Dreno Tórax () Máscara de Venturi () Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

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

ACESSO VENOSO: () AVC _____ ☒ AVP _____ () Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

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

ALIMENTAÇÃO: ☒ Oral () Zero () SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia () Ileostomia () Jejunostomia

DIETA: ☒ Livre () Líquida () Branda () Pastosa () Hipossódica () DM () Outros _____

ACEITAÇÃO: ☒ Satisfatória () Pouca aceitação () Recusa _____

ABDOMEN: () Flácido ☒ Plano () Globoso () Distendido () Ascítico () Escavado () Gravidico () Doloroso _____

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

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: () Presentes nas últimas 24h () Constipação _____ dias () Sólidas () Pastosas () Líquidas, n° de episódios _____ () Colostomia () Melena () Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD, dias _____ () Irrigação () Cistotomia () Uso de Fraldas

ASPECTO: ☒ LÍMPIDO () Concentrado () Colúrico () Piúrico () Hemático () Outros _____

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



Se ausentou para realizar TC; de Crânio -
em talim seguida transferido para chop-
trama em câmpina grande.

Paloma Valéria A. Monteiro
Diferencia
CONTEM 550-810

■ PAGEM – INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

■AMENTOS DE ENFERMAGEM

[illegible]

ausente para realizar TC de crânio em
a pesquisa transferido para o hospital
em Campina Grande:

1291.406 M^{ra} Das Graças
Téc. de Enfermagem/COREN

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 crânio
realizou TC de crânio, que evidenciou
hematoma intracraniano. Foi regulado
para o neurocirurgião do serviço de
trauma de Campina Grande - PB. e se submeterá
à cirurgia.

Glasgow 14 e pupilas isocóricas e
fotorregentes

(certo)

23 / 05 / 19
DATA

Ilén Allison F. dos Santos
Médico Assistente
CRM-PB 5. 11250


Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"



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

 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			23
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			23
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			6
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA			192
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
		06/09/1993	Masc <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO
			83
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
POMBAL, 0, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Pombal		251210	PB
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Resumo</i> <i>Interno com sonolência e desorientação</i> <i>desde 12, isto (Hem 1).</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Risco de morte</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
Hem		690.	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROC
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
	02		980016288958722
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)
JOSE RAMALHO DA SILVA NET		23/06/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		40 - CNAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA Dr. ORAUMA DONA LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Marajó, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 23/06/2019

Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA Idade: 025 N° ATEND: 1927274

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO

DATA: 23/06/2019 HORA : 18:30:19

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

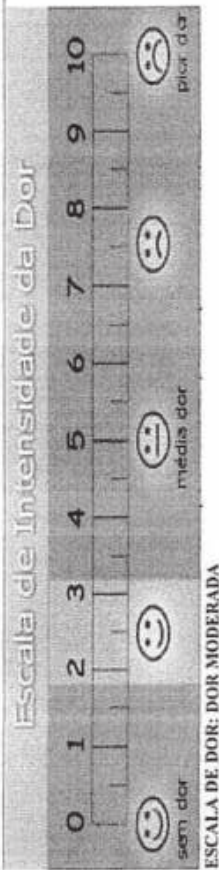
ESTADO GERAL : BOM

AValiação Neurológica

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU POMBAL

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Heliothelma
COREN/PA



GOVERNO
DAPARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1927274 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento Data: 23/06/2019

PACIENTE: ANTONIO VALTER CEP: 58840000 Nascimento: 06/09/1993

FERREIRA DE LIMA
Endereço: POMBA

Sexo: M Telefone:

Cidade: Pombal

Idade: 025

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável:

Profissão:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 23/06/2019 CNS: 95742512

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 18:28:44

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Amixio já com dx de queda stu-
rom à direita

ALERGIA: GUSOM 12, 150.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: - Insuico 50. -

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA Sat02

HGT:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às

Dia / /

Especialista: / / às

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Antonio Velloz Ferrero de A</u>				IDADE: <u>61</u>
DATA: <u>23/06/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIO	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL: <u>Consciente</u>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>TCE</u>					ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						Satisf.: _____
LIQUIDOS						Laringo e _____
						Náuseas: _____
						Outros: _____
						ANESTESIA: _____
						Não, por q _____
						Reflexos _____
						Obstr.: _____
						Náuseas: _____
						Outros: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula _____
						Paro o Leito _____
POSIÇÃO						
AGENTES						CÂNULAS
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
QUIRURGIAS						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SA. _____
						FOLHA DE _____



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. 24

23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 23/06/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 146437

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 23/06/2019

Atendimento: 1927287

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico 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)

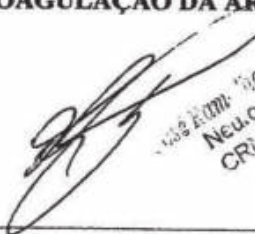
8. SUSPENSÃO DURAL.

9. CRANIOPLASTIA (FIO PROLENE 2.0)

10. DRENO SUBGALEAL

11. SÍNTESE POR PLANOS.

12. CURATIVO


José Ramalho Da Silva Neto
Neurocirurgia
CRI - 22098

Data 23/06/2019

Assinatura/Carimbo
Jose Ramalho Da Silva Neto



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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

CÓDIGO DE CONTROLE
CB58.1B88.A079.F6B1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:00:31 do dia 28/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
705.257.874-37

Nome
ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

Nascimento
06/09/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.157.318 DATA DE EMISSÃO 10/04/2013

NOME **ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA**

FILIAÇÃO **VALDENOR FERREIRA DE LIMA**
LUZIA VIEIRA DE LIMA

NATURALIDADE **PORBAÍ - PB**

DATA DE NASCIMENTO **06/09/1993**

DOC ORIGEM **NASC. N. 9166 FLS. 590 LIV. A09**

CARTÓRIO **PAULISTA - PB**

CPF **705.257.874-37**

Idoso Pessoa - PB

Suelio Moreira Torres
SUELIO MOREIRA TORRES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

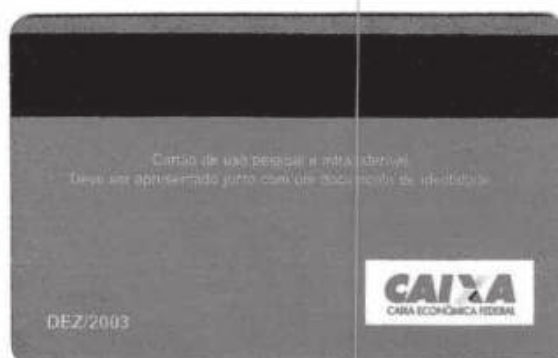
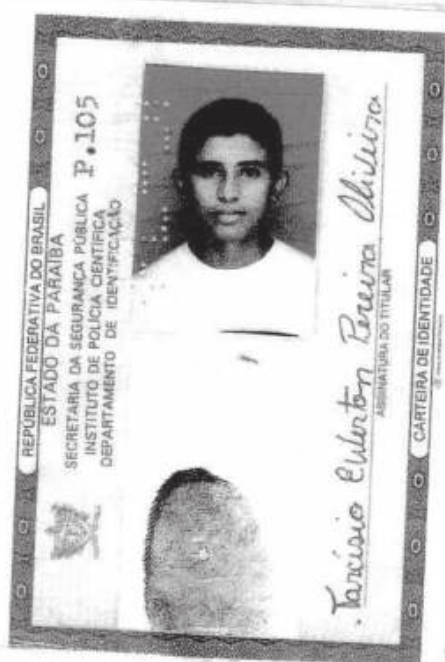
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSISTÊNCIA GERAL

Antonio Valter Ferreira de Lima

6-069

669

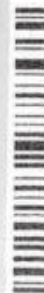






REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA - COD. RENAVAM 20160900007687-6 0019170897-6 00/00000000 2016	
NOME MARIA DAS GRACAS R LEANDRO	
PLACA ANT / UF NOVO PB	PLACA NQH9670/PB
CHASSI 9C2JC4110AR531310	
COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB / ANO MOD 2009 2010	
COR PREDOMINANTE PRETA	
CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI	CATEGORIA PARTIC
COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA 1º 07/10/2016	
2º	
3º	
IPVA PAGO EM 07/10/2016	
FAIXA I PVA - PARCELAMENTO / COTAS A ***** 0	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ***** P A G O 07/10/2016	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0	
POMBAL - PB - LOCAL 14311	
DATA 07/10/2016	
15466	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012506890906 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 05062854482-82-ORMAÇÕES, LEIA NQH9670/PB AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO 2016	DATA EMISSÃO 07/10/2016
RENAVAM 05062854482	PLACA NQH9670/PB
RENDA 00191708976	MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB 2009	Nº CHASSI 9C2JC4110AR531310
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$) *****	DEMATRAN (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
OTF (R\$) SEGURO	TOM. LIBERADO PELA SEGURADORA (R\$) P A G O
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> SOTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE OUTRAG 07/10/2016
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br 15466-1001063-20161007	



2 COMPREV
COMPRE SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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 físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER 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 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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 físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER 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 sequela

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
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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 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 LIMA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL 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 Valtter Ferreira de Lima, brasileiro(a), estado civil união estável, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Julia Guimardes, nº s/n, bairro zona rural, Município de Paulista, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.157.318, SSP/ PB e CPF nº 705.257.874-37.

Outorgado: Tancisco Eulenton 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 064.163.434-46.

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 Valtter 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.

COMPRESSEV
COMPRESSEV SEGUROS S/A - PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2019
PROTEÇÃO
AG. JOÃO PESSOA

X Antônio Valtter Ferreira de Lima
Outorgante
CPF Nº 705.257.874-37

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FAL FRANCISCO MARTINS LOPES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO
O. Maria Almeida Martins - Titular O. Saturnino de Almeida Martins - 1º Substituto
R. João Pessoa, 221 - Centro - CEP: 58060-000 - Paraíba PB - F: (51) 3445-1387 - 30220-1852 - contato@falpb.com.br
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
ANTONIO VALTTER FERREIRA DE LIMA, EM TEST. A
DA VILIDADE, DOU. PE. Paulista-PE, 21/07/2019.
Saturnino de Almeida Martins
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital de finalização Tipo Normal B-AN/18523-CCK3
Cópia do documento em PDF em <http://selodigital.tjpbjus.br>
EMLUM RS: 357 PARPBRS-025 FERJ RS: 237

Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpbjus.br>
selo digital nº 41W-18523-CCK3



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329911/19

Vítima: ANTONIO VALTER FERREIRA DE LIMA

CPF: 705.257.874-37

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: ANTONIO VALTER
FERREIRA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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



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 físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA, DÉFICIT DE ATENÇÃO, CEFALÉIAS, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS DEVIDO A CEFALÉIAS, DIFICULDADE DE RESPONDER 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 sequela

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
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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

