



Número: **0852761-65.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44907470	23/06/2021 15:18	Petição	Petição
44907472	23/06/2021 15:18	2564870_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
44907473	23/06/2021 15:18	2564870_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08527616520188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistem nexos causais entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB





Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180343037

Vitima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343037**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13153415

Pag. 00937/00938 - carta_01 - INVALIDEZ

00020469



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180343037

Vitima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343037**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01205/01206 - carta_04 - INVALIDEZ



00050603

Carta nº 13201809





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 092.917.184-59 Nome completo da vítima: Lucas José de Oliveira Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Lucas José de Oliveira Araújo</u>			CPF titular da conta	<u>092.917.184-59</u>	Profissão	<u>Recruiter - de</u>
Endereço	<u>Rua Inácio Albino Neto</u>			Número	<u>240</u>	Complemento	<u>BL 11/ATO 203</u>
Bairro	<u>Gromome</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58068-200</u>
Email	<u>cc.f.dino@gmail.com</u>			Telefone (DDD)	<u>83-988495530</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRDESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) <u>Poupança - 013</u>			
AGÊNCIA NR.	DV	CONTA NR.	DV
<u>4823</u>		<u>0008317</u>	<u>5</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NR. _____			
AGÊNCIA NR. _____ DV _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 16 de Julho de 2018
Local e Data

Lucas José de Oliveira Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01306.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01306.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucas Jose de Oliveira Araujo**, CPF nº 092.917.184-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Leonisia Pinto de Oliveira Araujo e Jessenildo Araujo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/12/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inácio Albino Neto, Nº 240, complemento APT. 203, BC. 11 - RES. MORUMBI PRIVE, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Granja de Esquerdinha, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98876-3802.

Dados do(s) Fatos:

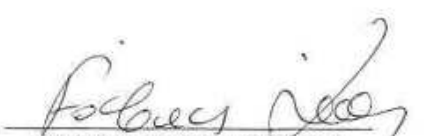
Local: Rua Frei Martinho, Perto do Centro Administrativo, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/01/18 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

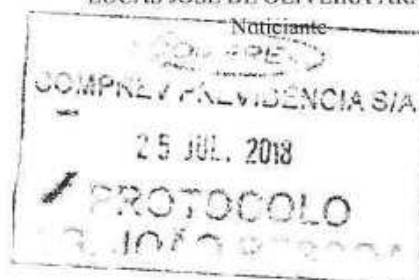
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, 2013/2014, PLACA NQB2701/PB, CHASSI 9C2KC1680ER007094, registrada em nome do noticiante, quando colidiu na lateral de outra MOTO NÃO IDENTIFICADA, a qual estava parada junto ao meio-fio e repentinamente fez uma manobra irregular interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
Noticiante



Procedimento Policial: 01306.01.2018.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Lucas José de Oliveira Araújo

CPF da Vítima

092.917.184-59

Data do Acidente

16/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

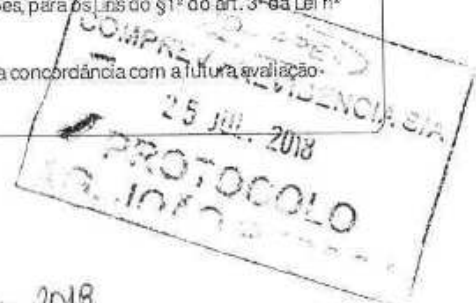
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa, 16 de Julho de 2018

Local e Data

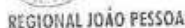
Lucas José de Oliveira Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58059-970
João Pessoa - PB

AHO Declaratório

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/066, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1952562, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 16/01/2018, na R. Frei Martinho, Bairro: Jaguaribe João Pessoa - aproximadamente às 19:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 20 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPRESA VALIDENCIA SIA
25 JUL. 2018
PROTOCOLLO
12.10.18

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL8 DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



721130702125117340080669030101017



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/BIBLIOTECABWEB/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 Adailton Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas José de Oliveira Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz/danos da Vítima Lucas José de Oliveira Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59, 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>Avenida Lavoura</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
				CEP	<u>58013-430</u>
Email	<u>cc.f.ades@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	
				Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

João Pessoa, 16 de Julho de 2018
Local e Data

Adailton Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/12/94
NOME DA MÃE	LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.056.118
DATA DO ATENDIMENTO	16/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO + FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO ESQUERDO
CID 10	S43.0 + S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor intensa em ombro esquerdo, com limitação funcional. Consciente e orientado. Glasgow 15. Abdomen sem queixas. Presença de fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior).

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de clavícula esquerda
RX de coluna lombo-sacra

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação de articulação do ombro esquerdo
Fratura de extremidade superior de úmero esquerdo.

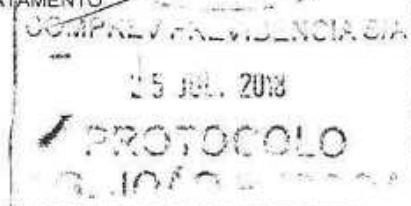
TRATAMENTO:

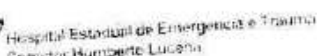
Redução da luxação. Tratamento conservador de fratura proximal de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 16/01/18
DATA DA EMISSÃO: 25/05/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1056118



Identificação do paciente		Sexo Masculino	
ID 945283	Nome LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	Estado civil	Religião
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23 anos 1 mes	Pai JESSENILDO ARAUJO DOS SANTOS	
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Responsável (Parentesco) RAYANA GOMES SOUSA - ACOMPANHANTE		
Escolaridade	DDD Móvel 83	DDD Fixo	UF PB
CEP 58077024	Fone Móvel 988763802	Nº Cns 201468160180001	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3291470	Tipo BAIRRO	
Local de procedência JAGUARIBE	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Email			
Endereço		UF PB	Logradouro Lica Lopes
CEP 58077024	Município da residência JOAO PESSOA	Bairro Cuiá	
Número 47	Complemento		
Admissão		Convênio SUS	
Data e Hora 16/01/2018 19:54:04	Número da pulseira 1000006175121		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte		Trauma Não	
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais		Pulso	Temperatura
PA	X mmHg		
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
<p>Exame físico: sem alterações significativas.</p> <p>Exame de laboratório: sem alterações significativas.</p>			
Diagnóstico		CID	
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA		Tempo 01 min 10 seg	
Imprimir			



Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO		BAE 1056114	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28.0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001	Telefone de Contato (83) 988763802
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Profissional	
Endereço Lica Lopes, 47		Bairro Cuiã	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS		Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47		Senha
Convênio SUS		Nº Matrícula		

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior)

CD: Solicito outras incidências

EM TEMPO

APÓS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.
FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPIEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

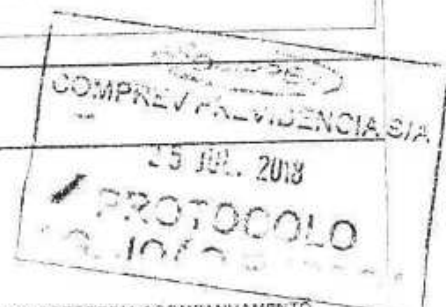
Alta médica

Alta Hospitalar

Assinado por: **PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS**
Data e Hora: **16/01/2018 22:40:28**

Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Observações:
CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPIEDIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HTOP



LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

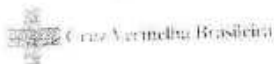
Assinado eletronicamente por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988763802
CNS 201468160180001			Prontuário
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 21:06:51	
Convênio SUS	Nº Matricula	Senha	

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo.
EFO: Dor e limitação funcional de MSE.
RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação da ombro esquerdo (tuberosidade maior)
CD: Solicito outras incidências

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR PACIENTE DE PRANCHA RÍGIDA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP EM NEUTRO / PERFIL ESCAPULAR)

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero
S43.0	Luxação da articulação do ombro

Conduta

Em observação

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRM-PB 10575

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Bolém registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em: 16/01/2018 19:55:14



http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

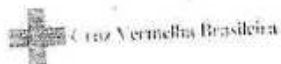
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Telefone de Contato (83) 968763802
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	Nº Cons. Regional 4860/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 20:50:03	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO SEM DESMAIO OU VOMITO, GLASGOW 15 REFERE FORTE DOR EM OMBRO/CLAVICULA ALEM DE LEVE LOMBALGIA.SEM DEFICIT MOTOR OU DOR IRRADIADA. CD: ALTA NEUROCIRURGIA

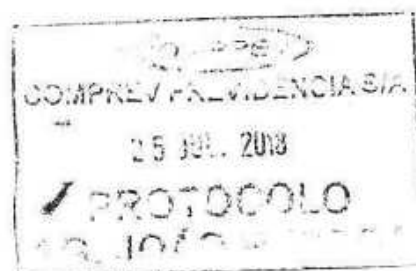
Conduta

Em observação

Carlos Pereira da Silva Neto
Neurocirurgia / Neurofisiologia
CRM/RP 1297

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(4860/PB)



Boletim registrado por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

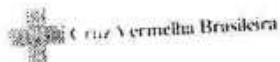
172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=142395&pesquisa=S&perform=...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	RAE 1056119	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Nome LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço Lica Lopes, 47	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Acidente MOTO X MOTO	Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04	Data/Hora Prescrição 16/01/2018 20:11:51	Serha
Convênio SUS	Nº Matrícula		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO- MOTO.TRAZIDO PELO SAMU. COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA.
AO EXAME: EGB, CORADO, CONSCIETE ORIENTADO, EUPNEICO.

TÓRAX: DOR E DIFICULDADE AO MOVER O MSE E A PALPAÇÃO DA CLAVICULA ESQUERDA

ABDÔMEN: DOR À PALPAÇÃO NA REGIÃO LOMBAR

MMII: MOVIMENTOS PRESERVADOS

MEDICAÇÃO

MORFINA 1MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Roberto Ciraulo Junior
Cirurgia Geral
CRM 4087

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(4087/PB)

Boletim registrado por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

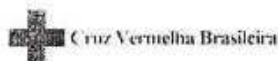
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905&pesquisa=S&perform=imprimir&id=152357&controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir=124.00000000000000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28.0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 20146816030001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Telefone de Contato (83) 968763802
Endereço Lica Lopes, 47	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo.

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberosidade maior)

CD: Solicito outras incidências

EM TEMPO:

APÓS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.

FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S42.2 Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

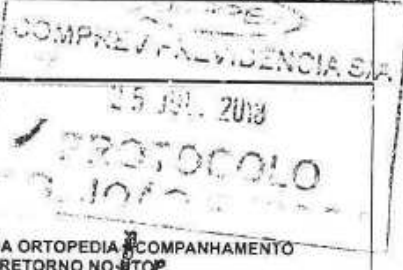
Usuário
**PEDRO HENRIQUE
GUTIERREZ VARGAS
FREITAS**

Data e Hora
16/01/2018 22:40:28

Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Observações

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HTOP



Dr. Pedro Henrique
Gutierrez Vargas
Freitas
CRM-PB 10575

Lucas Jose de Oliveira Araujo

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

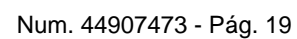
Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

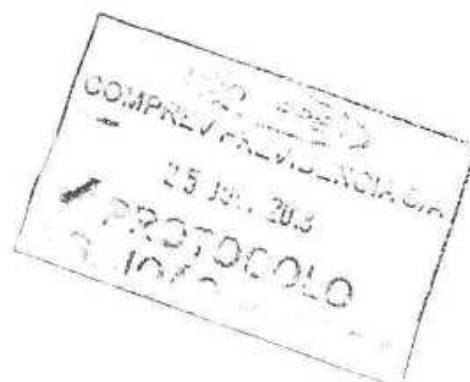
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

(CRM: 10575/PB)



COMPREV CALVIDENCIA S/A
25 JUL 2013
PROTOCOLO
2.1060





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013928905634
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 0071191517-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

CPF / CNPJ 09291718459 PLACA NOB2701/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER007094

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL 2 P/149 /C1 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. / COTAS 1º 2º 3º

FAIXA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 04/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 05/01/2018

36633 16730

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR
TRANSPORTADAS OU NÃO - S

PB Nº 013928905634 BILHETE

ESTE É O SEU BILHETE DO
PARA MAIS INFORMAÇÕES,
AS CONDIÇÕES GERAIS DE
www.seguradoralib
SAC DPVAT 0800 02

VIA 1 CPF / CNPJ 09291718459

RENAVAM 00711915172 MARCA HONDA/CG1

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9 CHASSI 9C2KC1680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCEL

SEGURADORA LÍ

CNPJ 09.240.608

16730-1114176-

COMPANHIA DE LICENCIAMENTO
25 JUN 2018
16730-1114176-





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Adair José de Oliveira Araújo
 DATA DO ACIDENTE 26/03/2018 CPF DA VÍTIMA 092.917.184-59
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Iracema Nelson Neto
 Nº 240 COMPLEMENTO Bl 14/ Apto 203 BAIRRO Guomome
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068-200
 E-MAIL ccf.adaio@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530
83 99413-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • DOT
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • 5AMU
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CARTÃO BANCÁRIO
PROCURAÇÃO / SUSEP Cartão Bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INI TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLI
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) E SIMPLS E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO
☐ CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE - R\$ 1
 • INVALIDEZ PERMANENTE - R\$ 1
 • DESPESAS MÉDICAS - R\$ 1
 • DESPESAS COM OBRIGACIONAL - R\$ 1
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/03/2018
 IDENTIDADE 22-742 093/PB
 ASSINATURA Adairben Neto



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Lucas José de Oliveira Araújo</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Vigilante</u>	Nº DO RG:	<u>05983349102</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Detran - PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>15/10/15</u>
Nº DO CPF:	<u>092.917.184-59</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Trânsito Albino</u> <u>nº 240, Bl 22, Apt 203, Bairro Guomome, João Pessoa - PB, Cep 58</u> <u>068 200</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Lucas José de Oliveira Araújo, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa - PB, 16 de Março, 2018.
Lucas José de Oliveira Araújo
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a Firma de LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO, [71483], J. Pessoa - PB, 16/03/2018 09:53:05
Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA
Selo Digital AGP84230-EMEY Consulte em
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

