



Número: **0841164-02.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38480 043	18/01/2021 14:29	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38480 044	18/01/2021 14:29	<a href="#"><u>2617655_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38480 500	18/01/2021 14:29	<a href="#"><u>2617655_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290051000000036694006>  
Número do documento: 21011814290051000000036694006

Num. 38480043 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180279075**  
Vitima: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**  
Data do Acidente: **24/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279075**.

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 12995026



---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**

**Sinistro:** 3180279075  
**Vítima:** COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE  
**Data do Acidente:** 24/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180279075** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 13104343

A/C: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

**Nº Sinistro:** 3180279075  
**Vitima:** COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE  
**Data do Acidente:** 24/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004099

Conta: 000005738-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

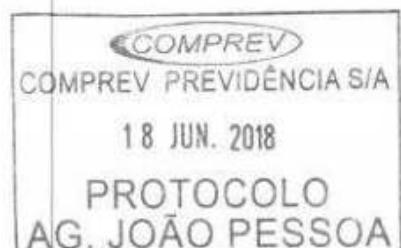
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 5

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

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

Número do Sinistro: 3180279075  
Nome do(a) Examinado(a): Cosmo Paiva de Albuquerque  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N  
Village Jacuma Conde PB CEP: 58322-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 2568221  
Data local do acidente: [ 24/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 06/07/2018 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 04/06/2018**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

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

Sim  Não

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

Sim  Não

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

**APRESENTA LIMITAÇÃO DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

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"  "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito**

% 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

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.

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 6

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00985.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00985.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:10 horas do dia 22 de maio 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cosmo Paiva de Albuquerque**, CPF nº 039.888.984-81, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Eletricista, filho(a) de Maria Helena de Albuquerque e Damião Otacílio de Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projeta, N° S/N, complemento VILLAGE DE JACUMÃ, bairro Centro, tendo como ponto de referência Arco de Jacumã, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-2015.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 008, Caixa de Água, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/01/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

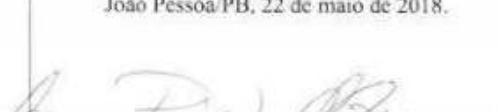
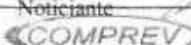
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, no dia 24/01/2018, por volta das 08:30 horas, quando trafegava na PB 008, na cidade de Conde PB, e que vinha transitando com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo, HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2010, PLACA: NRP 9864/PB, chassi nº 9Q2JC4110AR032155, registrado em nome do notificante; QUE ao chegar no endereço acima citado, o notificante conduzia normalmente o seu veículo, quando, um veículo tipo motocicleta não sabendo especificar marca e modelo nem placa do mesmo e que o piloto fez uma manobra errada entrando a esquerda sem a devida atenção e que o notificante que vinha mais atrás tentou desviar mas que acabou colidindo na moto, vindo o mesmo a cair ao chão. Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0653/2018, EXPEDIDA PELA DR<sup>a</sup> ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 30.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido 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, 22 de maio de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE  
Noticiante  
  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA  
Procedimento Policial 00985.01.2018.1.00.420





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: *Edmílio Paima de Almeida* | CPF da Vítima: *039.388.984-3* | Data do Acidente: *30/01/18*

### 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 atende 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 significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*João Paima de Almeida* de *21* de *Maio* de *2018*.

Local e Data

DALI.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Comprev  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
CEP: 530-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha N°: 97232 Atd: Nao Recida  
Data: 24/01/2018  
Hora: 22:23:28  
Recepção: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clínica: ORTOPEDIA

DATA: 11-01-2018 CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE  
CNS: 704807059755144 Sexo: M IDENTIDADE: 2568221 Fone: 93552015  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/01/1980 Id: 38 ano(s)  
End.: VILAGE DE JACUMA, 0  
Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB  
Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Cupacão: DESEMPREGADO Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
: ESPOSA PAULA  
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Obedecencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU  
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO  
Vitima de violencia por: NA PB008  
] Caso Policial

-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem [ ] Grave
PC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulso
Alt:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Temperatura:	IMC:	[ ] Umarreis [ ] Agitado
Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito		

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

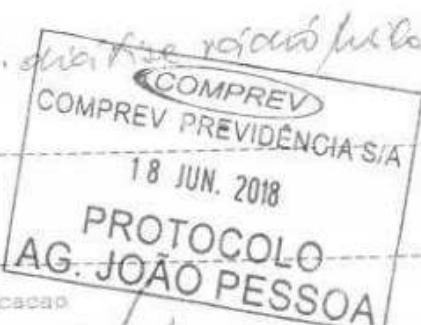
[ ] Observação

PA NTE DA FRACTUACAO (TRAUMA)

*Pot varr fratura fechada das ossos do antebraço  
Byn*

Estoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rx antebraço dñ APOL: Frat. diafragma*



Diagnóstico | Conduta

*Fratura diafragma dñ*

Prescrição | Horário da medicacão

*Voltar em 75mg esfa em fgentes. → 23/05*

*- Internação  
p/ cura*



data e hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTADO DO PACIENTE

Residência

Transferido

Desistência

Alta a pedido

Enfermaria

Obito:  Atestado  SVO  IML

*P. Paulo Roberto Moreira*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
5-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha N°: 97232 Atd: Nao Recida  
Data: 24/01/2018  
Hora: 22:23:28  
Recepção: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clínica: ORTOPEDIA

DATA: - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Num. de vezes atendido: 1

Nom. Prontuario: 2018.01.003396

CNS: 704807059755144 Sexo: M IDENTIDADE: 2568221 Fone: 93552015

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/01/1980 Id: 38 ano(s)

ad.: VILAGE DE JACUMA, 07

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Pai: DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE

Mae: MARIA HELENA DE ALBUQUERQUE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

cupação: DESEMPREGADO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Relacionado: ESPOSA PAULA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

ocedência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violencia por: NA PB008

Caso Policial

-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

Aparentemente Bem  Grave

PC: TP:

Politraumatizado  Convulso

Altura: Altura:

Hemorragia  Displasia

Temperatura: IMC:

Desarreia  Agitado

Abd: O2%:

Regular  Chocado

Vomito

Observação:

Sintomas Principais

PA: NTE DA FRACTUACAO (TRAUMA)

*Pot com fratura fechada das ossos do antebraço  
Byn.*

Estoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rx antebraço dir APEL: Frat. distal fechada*

*Fratura fechada pelo*

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Conduta

*Fratura distal fechada dir.*

Prescrição

Horário da medicacão

*Voltar em 75mg esfa em fgentes. → 23/05*

*- Internação  
p/ cura*

068.006979  
Jeronim Caetano da Silva Junior



data e hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTADO DO PACIENTE

Residencia

Transferido

Desistencia

Alta a pedido

Enfermaria

Obito:  Atestado  SVO  IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



# 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: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04099

CONTA: 00000005738-2

---

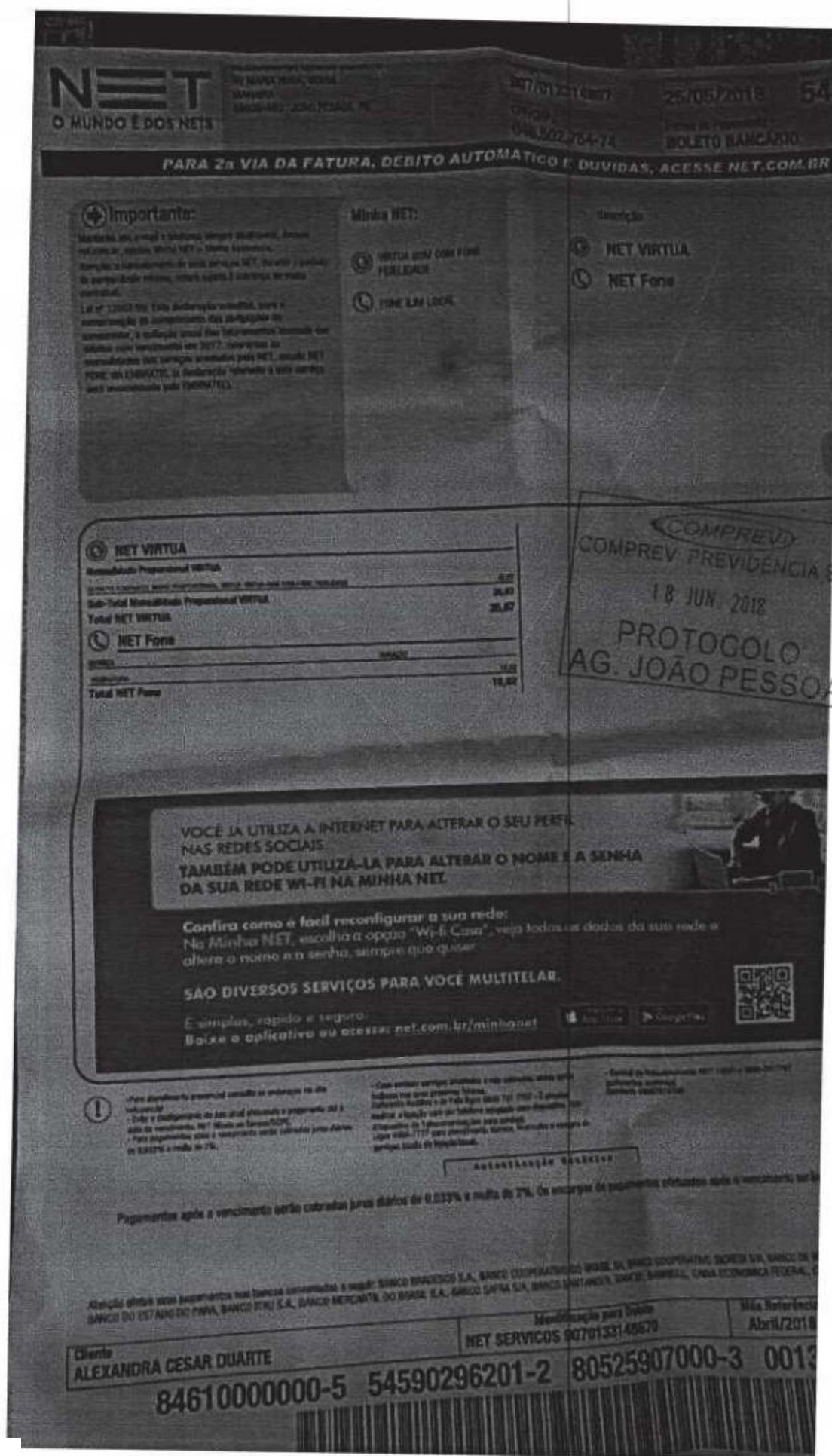
Nr. da Autenticação 4B132F0E005DF148



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 13





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 15



## 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 (800 0221204 ou 0800 231206) 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=28636>

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

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

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pela controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, capitalização e reasseguro.

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/58.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 455.536.021-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Maria Raima de Almeida inscrito (a) no CPF sob o N° 039.888.984-81, de sinistro de DPVAT cobertura invalidade, Vítima inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Número	Complemento
Av. Maria Rosa Bairro Número Cidade Estado Email Fone	58	
	Pr	580 38-460
		98663-4980

João Ribeiro de Junho  
Local e data

Assinatura do declarante

COMPREV  
18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## CERTIDÃO

Nº. 0653/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº97232, e Prontuário de Nº 2018.01.003396 pertencentes a **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE** que foi atendida dia 24/01/2018 às 22H23min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

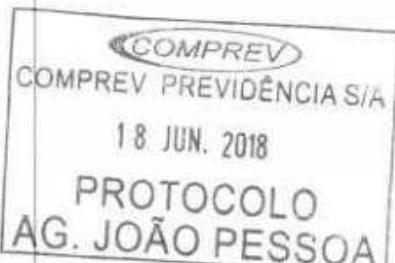
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/02/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorrel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2018

*Rosangela M. Escorrel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



**POLICLÍNICA E  
PA- PRONTO – ATENDIMENTO  
JARBAS MARIMBONDO**

PACIENTE:

*Carina Faria de Albuquerque*

**LAUDO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins que o paciente acima, portador do RG nº 2.568.221, deu entrada neste PA (serviço de Pronto Atendimento) no dia 29/01/18 às 10:00 Hs.

MOTIVO:

EXAME FÍSICO / TRANSFEÊNCIAS:

*Este é a vítima de trânsito  
de moto que sofreu ferimento na face  
na Bacia + Fratura de clavicula  
esquerda + Fratura de perna esquerda  
de forma que foi encaminhada ao  
Hosp. de Emergência e Trauma  
de Conde para o registro de  
ocorrência neste serviço*

Conde, 21 de 02 de 18

*Dr. Fábio Lúcio de Paula  
CRM 10020  
MÉDICO / CRM*

<b>COMPREV</b>
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
<b>PROTÓCOLO</b>
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>

Rua Manoel Alves, 205 – Centro – CEP 58322-000 – Conde – PB





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Isaímo Paiva de Albuquerque Data da Admissão: 24/01/17  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: 1/1  
 QPD: Petrom Fratura fechada dos ossos do antebraço  
 HDA: na

Referências do PETRO na fratura fechada

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

033.894979

Jocemil Ferreira / SAÚDE

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudores: \_\_\_\_\_  
 [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Ictericia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
 [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
 [ ]Dispneia [ ]Palpações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náusea  
 [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterite [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
 [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez \_\_\_\_\_ Deformidades \_\_\_\_\_  
 [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza \_\_\_\_\_  
 [ ]Tensão \_\_\_\_\_ [ ]Inflamação \_\_\_\_\_

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ]Amnésia [ ]Líbido [ ]Humor \_\_\_\_\_

COMPREV / PREVIDÊNCIA SIA

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Manguinhos, João Pessoa, PB

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HAS [ ]JDM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Rx antebraço, Rx APeP:

Hipóteses Diagnósticas: Fratura ossos do antebraço

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

033-00587-3  
Norma: Padrão da Série B/01/01

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

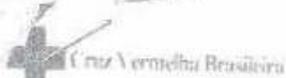


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>

Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 20



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				CNS 704807059756144		Pronome
Data de Nascimento 11/01/1960	Idade 38A 13D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão
Nome da Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				Nome do Pai DAMÁO OTÁCILIO DE ALBUQUERQUE		
Endereço PROGETADA				Bairro JACUMA	Cap 58320-300	
Município CONDE - PB				Telefone Residencial	Telefone Celular (83) 91000282	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262	Telefone (83) 32165700	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL, JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSÍDIO I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		

Resultado de exames complementares  
11:36HS

#ORTOPEDIA#

PAaciente VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO  
AO EXAME DOR E DEDORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO  
RADIOGRAFIA: EVIDENCA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO  
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA  
TALA AXILO PALMAR

CID S52.8	Data de encaminhamento 24/01/2018 11:37:02
--------------	---

Dr. Lili Jivercio  
Cirurgião e Traumatologista  
11-9877

Assinatura e carimbo do profissional

OBS: dia Neuro

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 18 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
--





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>cosmo Ribeiro de Oliveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Ribeiro</i>		1º Assistente:	<i>Ribeiro</i>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

**DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

CID

*foi dos ossos velhos D*

**DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

CID

*foi os ossos velhos D*

**PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

CÓDIGO

*troxi os ossos velhos  
Ribeiro*

Dr. André Luís Simões  
Ortopedista Traumatologista  
Médico Resgate  
2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim  
2 ( ) Não

Descriva:

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim  
2 ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOAO PESSOA**

Rua Ag. Flechal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decubito dorsal.

Incisão:

Reg a p- dorso lat.

Achados:

Conduta:

1) Fissura articular  
2) Osteo-arthrosis  
3) Deterioramento articular  
4) Nefrose articular óssea  
5) Glúteos e psoas elevados

Orto-

5) Região flexo-estendida

6) Músculos contornos da articulação

7) Pelve - óssea

Fechamento:

8) 2x polipoli

OBS:

Data: 01/02/18



MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>  
 Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 23

NOME: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF: 15
DATA DE ADMISSÃO: 24/01/2018			Ortopedia	LEIT 152
DIAGNÓSTICO INICIAL	DATA DE ALTA: 03/02/2018			TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fratura dos Ossos do Antebraço			CID 552.4
OUTROS DIAGNÓSTICOS	O mesmo			
PRINCIPAIS EXAMES	Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ÓBITO	( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura de antebraço foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornar ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.				
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...				
REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Centro.				
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine, analgésico				
RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão (DR. AURELIO SIQUEIRA)			
18 JUN. 2018				
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A				
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA				
Dr. Aurelio da Sá Pinto CRM: 07459PM ASS. MÉDICO / C.R.M.				
3/2/18.				
DATA				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO				
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1057870

PACIENTE: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

DATA DE NASCIMENTO: 11.01.80

Data e Hora do Atendimento: 24.01.18

Horário: 10:15h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente motociclistico apresentando quadro de dor na região cervical, da clavícula esquerda, dor e deformidade no antebraço direito, dor na coluna cervical, bacia e dor abdominal. Atendido pelo Dr. Gustavo Urquiza Leite CRM 7429, Dr. Luiz Juvêncio CRM 8637, Dr. Francisco dos Anjos Lima Neto CRM 2616, Dr. Ricardo R. de Carvalho CRM 6628.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO + FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO CID 10 T 14 9, S 52 9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, Rx da articulação acrômio-clavicular esquerda AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx da coluna lombosacra AP e Perfil, Rx do punho direito AP e Perfil que evidenciou fratura do antebraço direito. Encaminhado para o ORTOTRUMA conforme pontuação.

**ALTA HOSPITALAR:** Transferido para outro serviço em 24.01.18 às 11:37h.

Data da Emissão: 23.04.18

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR-COMPREV  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL

Mat. 29.001.9 / CRM - 3920

**COMPREV** PREVIDÊNCIA S/A

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. DORESTES LISBOA, 61 - PEDRO GONÇALVES - CEP: 58301-127 - PB, 5332156700

Boleto de Atendimento: 1057870



#### Identificação do paciente

<input checked="" type="checkbox"/> 105134	Nome COSMOS PAIVA DE ALBUQUERQUE	Sexo Masculino
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38 anos, 13 dias	Estado Civil UNIÃO ESTÁVEL
Mae MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE	Raça EVANGELICA	Paiz DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) PAULA RICARDO NOGUEIRA - ESPOSA(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel +552282	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2558221	Nº Cnes 704807089766144
Local de procedência JACUMA - PRAIA		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB

#### Endereço

CEP 68332006	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROGETADA
Número 811	Complemento		Bairro JACUMA

#### Admissão

Data e Hora 24/01/2018 10:19:17	Número da pulseira 100006084782	Local SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velocidade ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

#### Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
<i>Doenças de origem de resto, Ribeiro com varredura e queimadura de Coluna, e laringe. Ossos / fraturas.</i>						

#### Diagnóstico

Atendido por  
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir

*Suelio Moreira Torres*

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

24/01/2018 10:19



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Guia de Encaminhamento Externo

## Dados do paciente

Nome COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE				CNS 751607050755144	Prontuário		
Data de Nascimento 11/01/1980	Idade: 38A/3D	Sexo: Masculino	Raça / Cor: PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				Nome da Pai DAMIAO OTACILIO DE ALBUQUERQUE			
Endereço PROGETADA				Bairro JACUMA	Cep 58322006		
Município CONDE - PB				Telefone Residencial	Telefone Celular (83) 91000282		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA				CNES 7502462	Telefone (83) 32166700		

## Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISO BURITI	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE S/N MANGABEIRA PROSÍNDI - JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares 11-EEHS		
#ORTOPEDIAS		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME DOR E DEDORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA U TRAUMINHA TALA AXIL PALMAR		
CID S52.9	Data do encaminhamento 24/01/2018 11:37:02	

Assinatura e carimbo do profissional

OBS: devido

  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Univisa Health



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ARANJA UDC  
Av: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
32165700  
NES: 2458276

Paciente COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	BAE 1057870	Data/Hora Encade 24/01/2018 10:15:17	Data/ hora 2018-01-24 11:37:02
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 916000282
<b>Mae</b> MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE			
Endereço PROGETADA, SN	Bairro JACUMA	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8837/PB
Outra/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 11:37:02	
Convenio SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

11:36HS

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME, DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO  
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRACTURA ANTEBRAÇO DIREITO  
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
552.9	Fratura do antebraço, não mais especificada

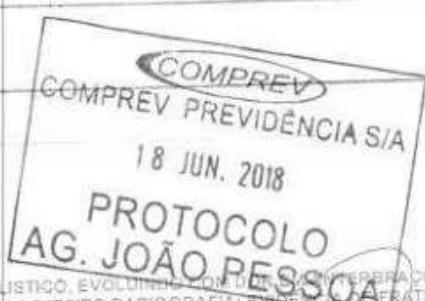
### Conduta

Alta com encaminhamento externo

### Alta Hospitalar

Nome  
LUIZ JUVENCIO  
MEDEIROS DE  
ARRUDA  
CAMARA  
Data e Hora  
24/01/2018 11:37:02

Motivo de Alta  
ALTA  
HOSPITALAR  
Observações  
11:36HS #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIR. ITD  
+ DEFORMIDADE AO EXAME, DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRACTURA  
ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR



COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE  
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(8837/PB)





**Brasilmed**  
ermelina Brásileira

1994, rue Vermelha Brasileira

三

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Santos Hélio Bento Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel. 32155799

CNES 2458276

Paciente <b>COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE</b>		BAE 1057870	Data/Hora Estrada 24/01/2018 10:15:17	Dee BABA
Data de nascimento 11/01/1980	Idade 38	Sexo Masculino	CNS 704807059755144	Telefone de Contato (83) 91000282
Mãe <b>MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE</b>				Prontuário
Endereço <b>PROGETADA, SN</b>		Saído JACUMA	Município <b>CONDE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissão <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6828/PB</b>
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 21:05:07		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Mandado			Senha

### Anamnese

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

## FEZ TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS

DIAGNOSTICADO FRATURA EM ANTEBRAÇO DIREITO

CD LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA TRATAMENTO ORTOPEDICO DE FRATURAS

Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção.

COSMO BANCA DE ALBUQUERQUE

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
( 6626/PB)

Bulletin registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/07/2016 às 14:42

A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word 'COMPREV' is written in a large, bold, sans-serif font, with a small oval containing a checkmark drawn around it. Below 'COMPREV', the text 'PREVIDÊNCIA S/A' is written in a smaller, all-caps, sans-serif font. At the bottom of the stamp, the date '18 JUN. 2018' is printed. The stamp is oriented diagonally.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181429019910000036694007>  
Número do documento: 2101181429019910000036694007

Num. 38480044 - Pág. 29



ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNPJ: 6121221Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

Paciente	COSSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	BAE	Data/Hora Entrada	
Data de nascimento:	11/01/1980	1957870	24/01/2018 10:15:17	Data Saída
Idade	38	Sexo	CNS	Telefone de Contato (63) 91000222
IMC		Masculino	704807058755144	Prontuário
Maria HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE				
Endereço	PROGETADA, 8N	Bairro	JACUMA	UF PB
Acidente	MOTO X MOTO	Município	CONDE	Nº Cogn. Regional 2616/PB
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão	FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO	
Data/Hora Classificação:	24/01/2018 10:15:17	Data/Hora Prescrição	24/01/2018 10:37:02	
Convênio	SUS	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

paciente consciente e orientado, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em clavícula esquerda, punho direito, refere ainda dor em coluna cervical e bacia; queixa de dor discreta abdominal, eupneico, hemodinamicamente estável, glasgow 15.

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. AGORA, DURANTE 24 HORA(S)  
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA  
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA  
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

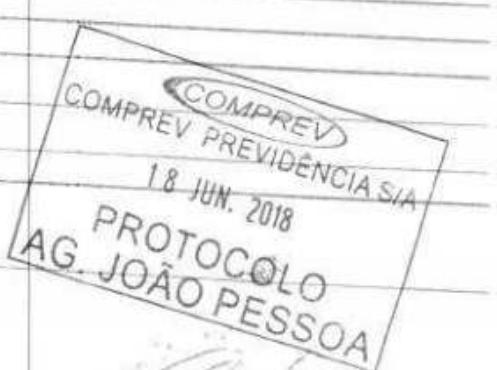
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

**CID10**

Código	Descrição
MT9.6	Dor em membro

**Conduta**

Em observação



Francisco dos Anjos Lima Neto  
(2616/PB)

Boleto registrado no CEF para o Poder Judiciário

http://172.16.0.5:8080/nichapes/erpservico/controle/gerarboleto?boletoId=21011814290199100000036694007



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

Número do documento: 21011814290199100000036694007



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE</b>	BAE 1057870	Data/Hora Entrada 24/01/2018 10:15:17	Data Saida 2018-01-24 11:37:02 3
Data de nascimento 11/01/1986	Idade 26	Sexo Masculino	Teléfono de Contato (83) 91008292
Mãe <b>MARIA HELENA PAIVA DE ALBUQUERQUE</b>			Prontuário
Endereço <b>PROGETADA, SN</b>	Bairro <b>JACUMA</b>	Município <b>CONDE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional <b>8637/PB</b>
Data/Hora Classificação 24/01/2018 10:15:17		Data/Hora Prescrição 24/01/2018 11:37:02	
Convenio SUS	NP Matrícula		Série

## Anamnese

11:36HS

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE

AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCaminho PARA O TRAUMINHA

TALA AXILO PALMAR

## PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

## CID10

Código	Descrição
552.9	Fratura do antebraço, parte não especificada

## Conduta

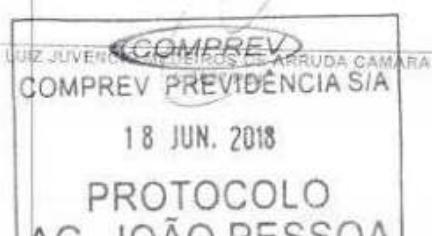
Alta com encaminhamento externo

## Alta Hospitalar

Unidade  
**LUIZ JUVENCIO  
MEDEIROS DE  
ARRUDA  
CAMARA** Data e Hora  
24/01/2018 11:37:02

Motivo de Alta  
**ALTA  
HOSPITALAR** Observações  
11:36HS #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO + DEFORMIDADE AO EXAME: DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA DE FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCaminho PARA O TRAUMINHA TALA AXILO PALMAR

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE



Boletim registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:19:42



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	RAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE	1057870	24/01/2018 10:15:17	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
11/01/1980	38	764507859785144	(83) 91000282
Mês			Prontuário
Maria Helena Paiva de Albuquerque			
Endereço	Sexo	Município	UF
PROGETADA, SN	MASCULINO	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOURIBA ARRUDA FELINTO	7522/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
24/01/2018 10:15:17		24/01/2018 16:48:19	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

### Anamnese

#Ortopedia#

>>Paciente com fratura fechada de ossos do antebraço direito, já com encaminhamento externo para o Ortopedia de mangabeira, conforme pontuação.  
Manido em observação pela neurocirurgia (escrito em prontuário médico).

CD Ortopedica:

Analgésia  
Aguarda liberação de neurocirurgia para seguir ao Ortopedia da Mangabeira

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 250,0 ML VIA E.V. 12/12H. DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

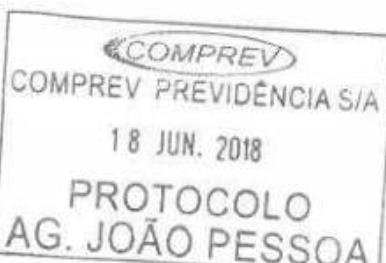
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

### Conduta

Em observação

COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Mouriba Arruda Felinto  
764507859785144  
24/01/2018 16:48:19  
CRM-PB 21104  
MOURIBA ARRUDA FELINTO  
(CRM: 7522/PB)



Boleto registrado por: PRISCILA ZORGE DA SILVA em 24/01/2018 10:19:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007

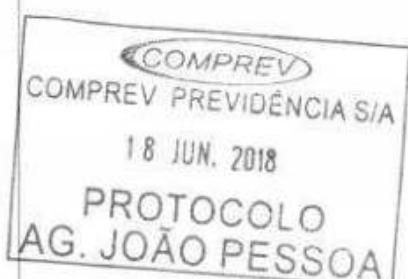
Nome	COSMO FÁVIA DE ALBUQUERQUE	
Data de Nascimento	Nº Boletim Emergência 1007570	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		

HARMONIA DE ARTICULAS ACOXILIO-CLAVICULAR ESQUERDA  
RADIografia DE APTEBRACIO DIREITO  
RADIografia DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLICUO)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE  
ULTRASSOMODIAFIA - FAST  
RADIografia DE TORAX (PA)

24.01.18  
Wosley  
Assinatura e Letra Móvel Profissional

24 de Janeiro de 2018

CERVICAL THORACIC  
24.01.18  
11.23  
Wosley



24-01-19

Nrh: 13156

Acidente motoristas  
volcando com  
envolvida

Heyder 15

ASDR-E

C/ velas queimadas  
analgésico

Libenato prem AD  
diluindo óxido

no Heydor le feriu





Atendimento: 201831074252

Idade: 38 anos

Paciente: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Data: 24/01/2018

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

#### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

#### Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias escleróticas

Protrusões discais difusas de L4 à S1 com o componente posterior comprimindo a face anterior do sado dural.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Estruturas intra-raqüianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 23/01/2018 15:54.*

Dr. Leonardo Franco Felipe  
CRM: 5263- PB





Atendimento: 201831074252

Paciente: COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE

Idade: 38 anos

Data: 24/01/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações uncóvertebrais de aspecto habitual.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Não há sinais de hérnias, abaulamentos ou protrusões discais.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres

Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

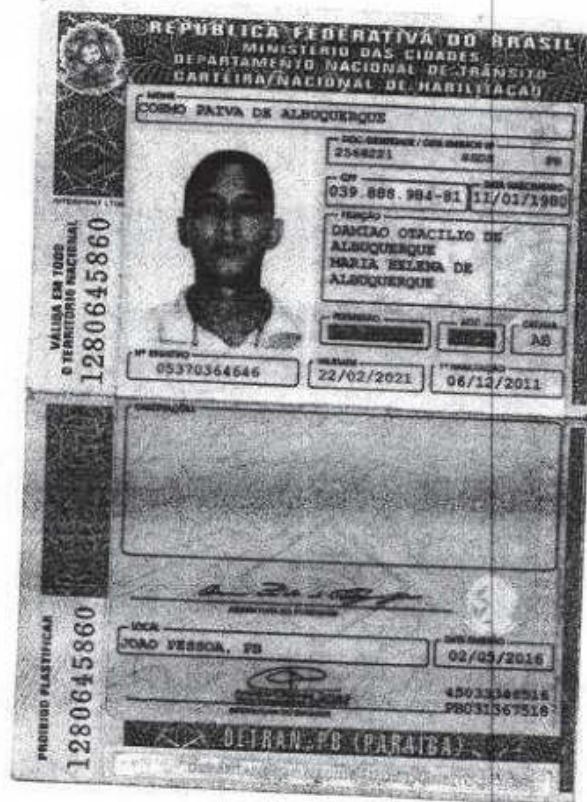
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 25/01/2018 15:52.

Dr. Leonardo Franco Felipe  
CRM: 5263- PB

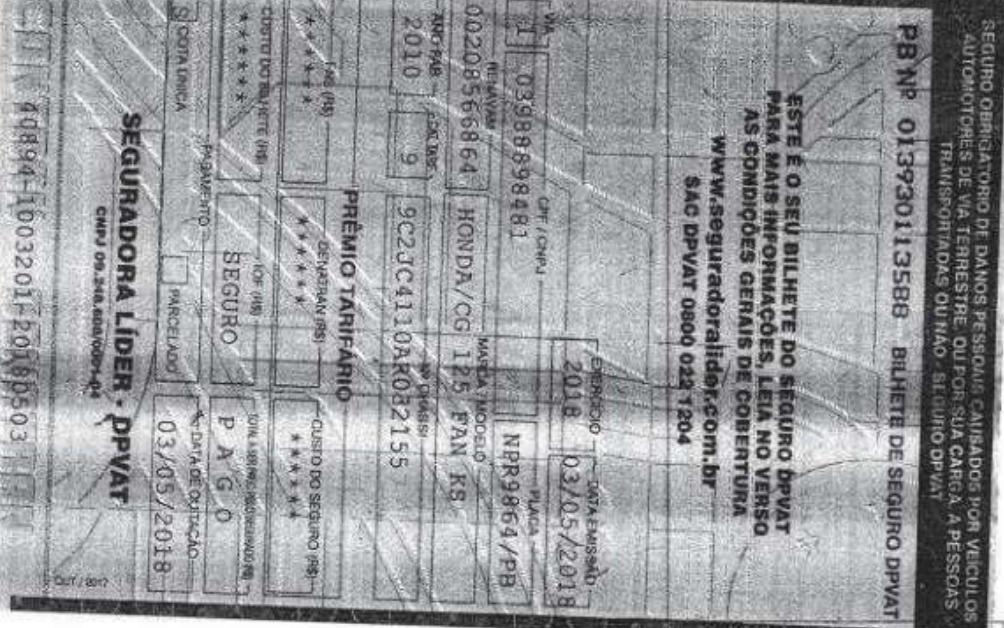
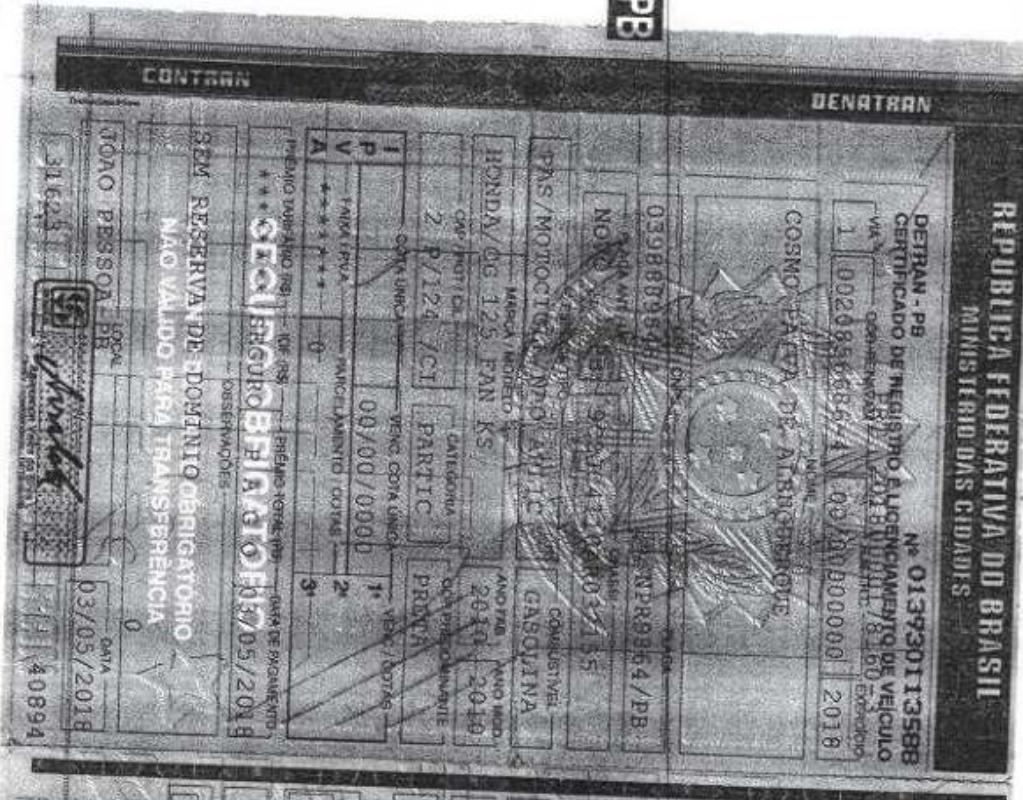




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Num. 38480044 - Pág. 37





COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
- 18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290199100000036694007>  
Número do documento: 21011814290199100000036694007

Núm. 38480044 - Pág. 39

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279075      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE      **Data do acidente:** 24/01/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 02/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279075      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE      **Data do acidente:** 24/01/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, **médico pericial:** LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

### 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

*João Pinto de Albuquerque*  
brasileiro(a), estado civil cidadão, profissão  
funcionário de escritório, CI RG nº 2568223,  
CPF/MF nº 039.888.984-85, residente e domiciliado(a) à Rua  
08970-310 Villas Jacumã  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 56303-000, telefone  
(83)98660.2858, (83)98663-4900.

**OUTORGADO:** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG  
sob o nº 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na  
cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO  
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações  
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar  
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias  
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de  
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

18 de maio de 2018



*João Pinto Albuquerque*

OUTORGANTE

**CARTÓRIO CELEIDA**  
SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
CONSELHO DA ORDEM  
ALBERNO, 110281, J. Pessoa-PB, 21/05/2018 12:55:20  
E-mail: [rg948.Farepn@0.28](mailto:rg948.Farepn@0.28) Fone: (83) 3000-4747, Em  
test da verdade. Testemunha: **SUELIO MOREIRA TORRES**,  
selo digital: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08411640220188152001**

**BRADESCO SEGUROS 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 **COSMO PAIVA DE ALBUQUERQUE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290283500000036694013>  
Número do documento: 21011814290283500000036694013

Num. 38480500 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:29:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814290283500000036694013>  
Número do documento: 21011814290283500000036694013

Num. 38480500 - Pág. 2