



Número: **0800083-69.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **15/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILLAMES VIANA DA SILVA (AUTOR)		SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA (ADVOGADO)	
MARINEIDE DOS SANTOS VIANA (CURADOR)		SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30892 626	22/05/2020 11:55	2720783_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190686193 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P6 7; 22 À 24

LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR C 658619 DO IML: Nº 03.01.07.112019.30517 DE 20/11/2019, QUESITO 3º..

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190686193 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P6 7; 22 À 24

LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR C 658619 DO IML: Nº 03.01.07.112019.30517 DE 20/11/2019, QUESITO 3º..

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167579/19

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

CPF: 237.784.744-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLAMES VIANA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

WILLAMES VIANA DA SILVA : 237.784.744-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: WILLAMES VIANA DA SILVA
CPF: 237.784.744-72

WILLAMES VIANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva





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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686193

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15221160

Pag. 00557/00558 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686193

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: **MARINEIDE DOS SANTOS VIANA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000031484-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

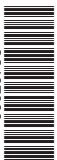
Atenciosamente,

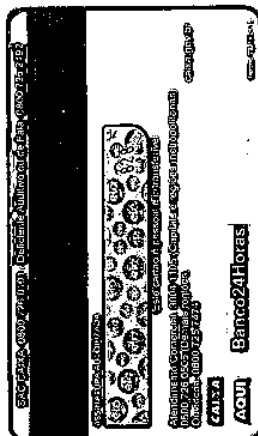
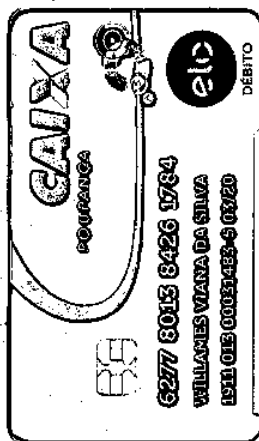
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01509/01510 - carta_15R - INVALIDEZ

00020755





Imo. 2008

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03182.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03182.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:20 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Willames Viana da Silva, CPF nº 237.784.744-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Mecânico, filho(a) de Geralda de Oliveira Viana e Enedito Viana, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 19/10/1959 (59 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Macedonio, Nº 65, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Próximo Ao Clube São Bento., na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98871-3511.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Sanhauá, Sinal Em Frente a Estação de Trem da Cbtu., João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/01/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

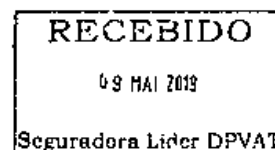
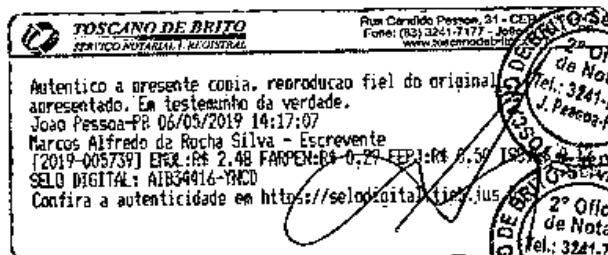
QUE, segundo a declarante no dia 10/01/2019 por volta das 10:00 horas quando transitava na garupa, pela Av. Sanhauá, Varadouro- João Pessoa-PB; com o veículo tipo SHINERAY XY 50 Q ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFR1908/PB CHASSI: LXYYCDL0XD0381062 pertencente ao Sr. José Humberto de Souza Ferreira; Que segundo o mesmo vinha na garupa da moto na Av. Sanhauá quando a moto estava parada no sinal vermelho e foi abalroada por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local, QUE devido ao fato o declarante veio a cair e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU - conforme declaração de nº 902/010 - ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Governador Tarcísio Burity onde foi diagnosticado FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo DR. CLÉCIO LOPES CRM 9187-PB.

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, 21 de março de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

WILLAMES VIANA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 03182.01.2019.1.00.401



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:	19/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000031484-3

Nr. da Autenticação 3A3883024CF2F97F





**Policlinica Jaguaribe**
A Policlínica de Sua Família

williams viada ro silva

laudo

saúde - 1 u

1 di

12-12-20

2 x 25

08

11 u

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 1874
Classe: Geriatria

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia

**Policlinica Jaguaribe**
A Policlínica de Sua Família

williams viada ro silva

laudo

saúde - 1 u

1 di

12-12-20

2 x 25

08

11 u

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 1874
Classe: Geriatria

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia



81 Wilfaues Viana da
Silva

Muscular

① Dipirona 5g — 02 xs.
Tomar o cp no 6/h,
se der.

02/09/19.

Dr. Luciano Cordeiro do Figueiredo
Ortopedista Traumatologista
CRM 10.832

Rua Saldanha da Gama 158, Roger - João Pessoa - PB
E-mail: policlinicaroger@hotmail.com Telefone: (83) 3576 3979



Policlínica Roger

Atestado médico

paciente Wilfranes Viana da
Silva, 59 anos, refere dor em
Tornozelo @, crônica.

Ao Rx: apresenta artrose
fibroblasta @.

Refere história de fratura
bimaleolar CI RSTI há ± 07
meses e boa consolidação.
Diante do exposto, o mesmo
necessita avaliação médico
pericial, por possível afastamento das atividades laborais por tempo indefinido.

CR: M19.1+T93

Rua Saldanha da Gama 158, Roger - João Pessoa - PB
E-mail: policlinicaroger@hotmail.com Telefone: (83) 3578 3979



R Policlínica
Roger

Wilfranes Viana da Silva

Solicito

- 14 TNZ (E) AP 1P

3

02/09/19

Dr. Luciano Gomes da Figueiredo
Cirurgião, Traumatologia
CRM-PB 9728

Rua Saldanha da Gama 158, Roger - João Pessoa - PB
E-mail: policlinicaroger@hotmail.com Telefone: (83) 3578 3979





81 Wilfrances Viana da
Silva

Prurido

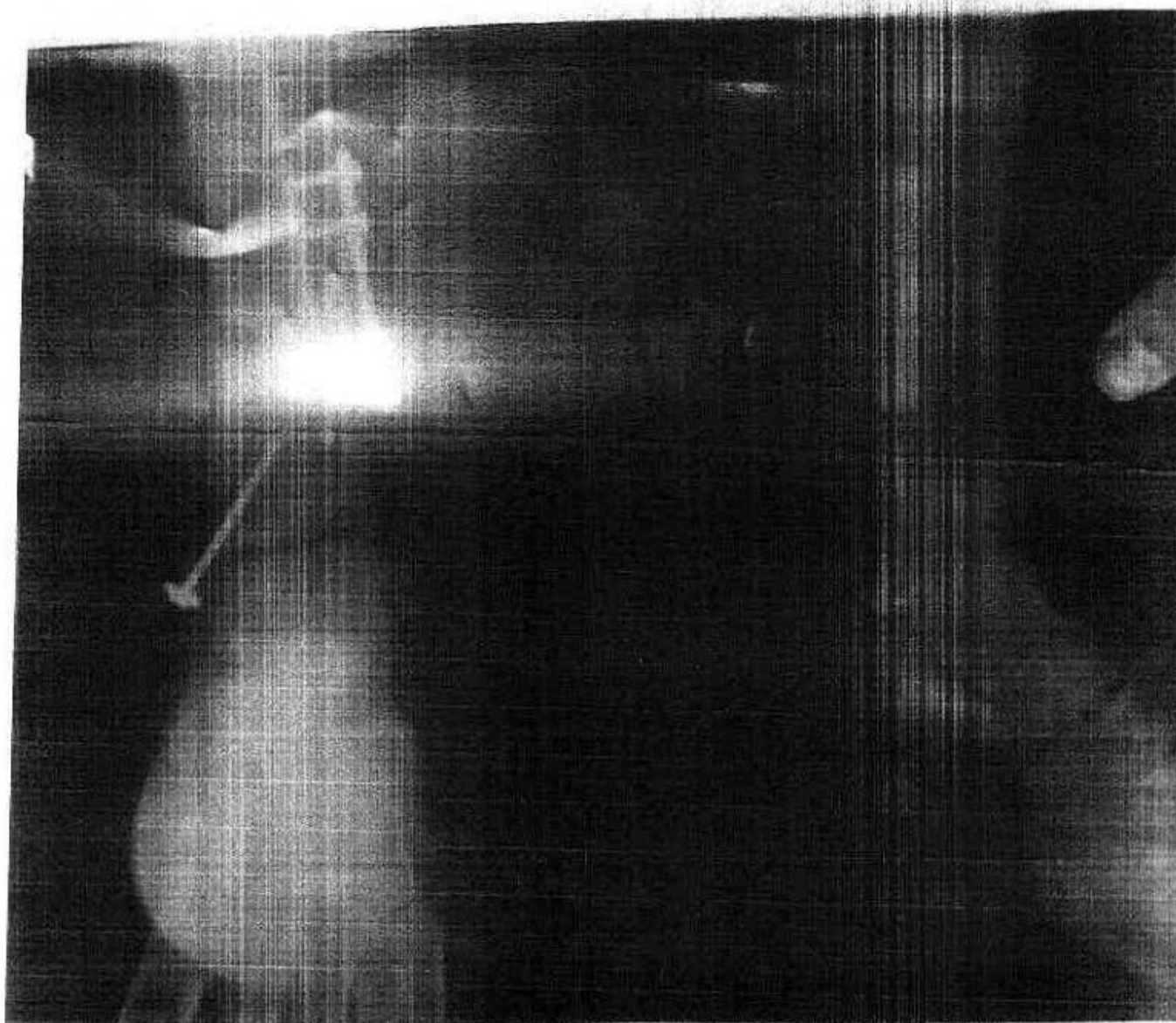
② Dipirona 500 — 02 Cps.
Tomar 2 cp vo 6/h.
se der.

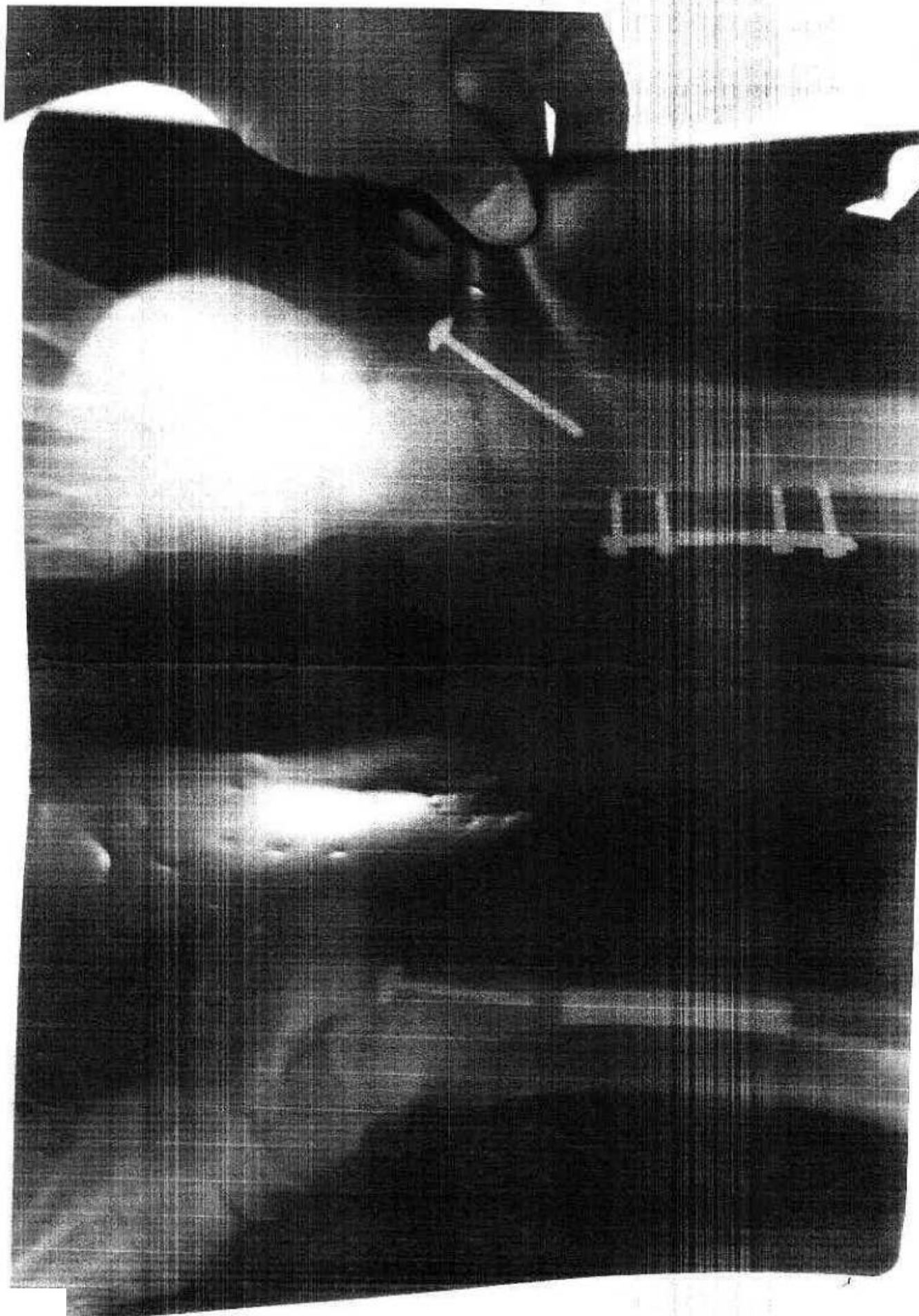
02/09/19.

Dr. Luciano Gomes da Figueiredo
Otorrinolaringologista
CRM 12.327

Rua Saldanha da Gama 158, Roger - João Pessoa - PB
E-mail: policlinicaroger@hotmail.com Telefone: (83) 3576 3979









RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

William Vinícius

Shree

LUDDO

Permit o período
de fratura tempo
curado 02/02/19
apresenta edema
e dor local.

Deverá receber
fisioterapia motora
CID: S82.6

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
C.R.C. - PB 9187/SBOT:13144

Assinatura e Carimbo





DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que se fizer necessário que, o (a) Sr.(a)
WILLAMES VIANA DA SILVA portador(a) da identidade RG _____
deu entrada no Complexo Hospitalar Mangabeira em 19-01-2019 onde
se encontra internado até a presente data aguardando a realização de tratamento
cirúrgico devido a patologia CID- S82.5 + S82.6 Laudos e demais atestados
definitivos serão disponibilizados após realização de tratamento e alta hospitalar.

João Pessoa, 25-01-2019

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM 1041126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

OBS: AUTORIZADO PELO O PACIENTE INFORMAÇÃO DO CID - 10.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: AO INSS

Paciente Wiffames
Viana da Silva,
59 anos, apresenta
artrose fibrofibar
e história de
fratura binateofar
C1 RAI há + meses
e boa consolidação.

CID: M19.1
582

14/08/19

Assinatura e Carimbo

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM 14025





COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Requerimento Nº 9012010
192-IP

NOME DO PACIENTE: William da Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO DA CERTIDÃO: 08 / 01 / 19

Assinatura do R

ligar após 2 dias uteis para saber o prazo para entrega da declaração
Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP.: 58.053-900 – João Pessoa – PB
Tel.: (83) 3218-9242 / 3218-9125 Fax: (83) 3218-9128
e-mail: samesamujp@gmail.com





DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que se fizer necessário que, o (a) Sr.(a) **WILLAMES VIANA DA SILVA** portador(a) da identidade RG _____ deu entrada no Complexo Hospitalar Mangabeira em **19-01-2019** onde se encontra internado até a presente data aguardando a realização de tratamento cirúrgico devido a patologia CID- S82.5 + S82.6 Laudos e demais atestados definitivos serão disponibilizados após realização de tratamento e alta hospitalar.

João Pessoa, **25-01-2019**

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

OBS: AUTORIZADO PELO O PACIENTE INFORMAÇÃO DO CID - 10.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

*William Vitor
Shree
LADO*

*Pronto operado
de fratura torço
Enfermado 02/02/19
operante externa
e tor local*

*Deverá realizar
fisioterapia motor
CID: S82.6*

*Dr. Clécio Lima Lopes
Oncologista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/SBOT:13144*

Assinatura e Carimbo



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: WILLIAMS VIANA DA SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 02/02/2019

Nº PRONTUÁRIO: 2019.01.003214

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: FRATURA BIMALLEAR TORNOZELO ESQ

PROCEDIMENTO: _____

OSTEOSSINTESE TORNOZELO ESQ

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Luciano

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/03/2019	GLÉCIO LOPES (FBIAS)		
	<i>Glécio</i>		
	<i>AUGUSTO</i>		
13/03/19		07:00	
	<i>Abel</i>		
13/04/19		07:00	
14/08/19		07:00	

Dr. Glécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Mão
CRM 22 9187/ISBOT:131





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03182.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03182.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Willames Viana da Silva**, CPF nº 237.784.744-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Mecânico, filho(a) de Geralda de Oliveira Viana e Eneido Viana, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 19/10/1959 (59 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Macedonio, Nº 65, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Próximo Ao Clube São Bento, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98871-3511.

Dados do(s) Fatos:

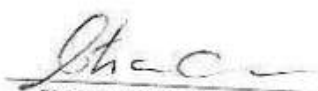
Local: Av. Sanhaú, Sinal Em Frente a Estação de Trem da Cbtu., João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/01/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

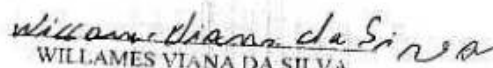
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

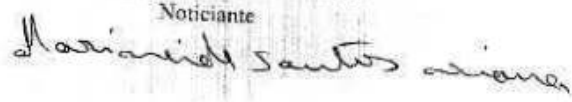
QUE, segundo a declarante no dia 10/01/2019 por volta das 10:00 horas quando transitava na garupa, pela Av. Sanhaú, Varadouro, João Pessoa-PB, com o veículo tipo SHINERAY XY 50 O ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFR1908/PB CHASSI: LXYXC/DL0XD0381062 pertencente ao Sr. José Humberto de Souza Ferreira; Que segundo o mesmo vinha na garupa da moto na Av. Sanhaú quando a moto estava parada no sinal vermelho e foi abalroada por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local, QUE devido ao fato o declarante veio a cair e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU - conforme declaração de nº 902/010 - ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Governador Tarcísio Burty onde foi diagnosticado FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo DR. CLÉCIO LOPES CRM 9187-PB.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


WILLAMES VIANA DA SILVA
Noticiante





Procedimento Policial: 03182.01.2019.1.00.401



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME WILLIAMS VIANA DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº 2019.01.002214	
IDADE 59 A	SEXO M	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 19/01/2019		DATA DE ALTA 03/02/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA BIMALEOLAR TORNOZEI				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO FRATURA BIMALEOLAR TORNOZEI					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES RADIOGRAFIA					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☐ NÃO			COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador de lesão LCA joelho foi internado para realizar reconstrução artroscópica de LCA em Joelho. Realizou cirurgia na data de , sem intercorrências. Segue de alta com medicação oral (tramadon e buprenorfina).					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... REPOUSO: Paciente deve manter imobilização até retorno Retorno às atividades com esforço físico em 60 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 Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA: Tramadon Retard e Buprenorfina (por 03 dias)					
RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.					
03/02/2019			Dr. Clelio Lima Lopes Ortopedista/Cirurgia de Joelho CRM-PB 9187/ISBOT/13144		
DATA			ASS. MÉDICO / C.R.M		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPREGADORAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





P/WILLIAMS VIANA DA SILVA

Laudo Médico

Paciente, portador de
FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQ
foi
submetido a tratamento cirúrgico através de
OSTEOSSINTESE TORNOZELO ESQ
e encontra-se inapto a realizar suas
atividades habituais e laborais por um período de
60 dias a contar da data abaixo.

CID: S82.6

DATA: 03/02/2019

Dr. Clécio Lima Lopes
Concedista Cirurgia de Joints
DR. CLÉCIO LOPES BOT:13144
CRM 9187-PB / SBOT 13.144

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



P/ WILLIAMS VIANA DA S

La

Paciente, p
FRATURA BIMALEOLAR TO
foi
submetido a tratar
OSTEOSSINTESE TORNOZ
e encontra-se
atividades habituais
60 dia

CID: S82.6

DATA: 03/02/2019 Dr.
Ono
CRA

DR.
CRM 91

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, C





DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que se fizer necessário que, o (a) Sr.(a) **WILLAMES VIANA DA SILVA** portador(a) da identidade RG _____ deu entrada no Complexo Hospitalar Mangabeira em **19-01-2019** onde se encontra internado até a presente data aguardando a realização de tratamento cirúrgico devido a patologia CID- S82.5 + S82.6 Laudos e demais atestados definitivos serão disponibilizados após realização de tratamento e alta hospitalar.

João Pessoa, **25-01-2019**

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-19-11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

OBS: AUTORIZADO PELO O PACIENTE INFORMAÇÃO DO CID - 10.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Suelio Moreira Torres

Shie

14000

*Pront. operado
de fratura torço
Enfermo 02/02/19*

*apresente edema
e dor local.*

*Devero- realizar
fisioterapia motor.*

CID: S82.6

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRP: 9187/ISBOT: 13144

Assinatura e Carimbo



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: WILLIAMS VIANA DA SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 02/02/2019

Nº PRONTUÁRIO: 2019.01.003214

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: FRATURA OIMALEOLAR TORNOZELO ESQ

PROCEDIMENTO: OSTEOSSINTESE TORNOZELO ESQ

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Luciano

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURN	SALA
06/03/2019	CLÉCIO LOPES (FORPES)		
	<i>George Augusto</i>		
13/03/19		07:00	
13/04/19		07:00	
14/08/19		07:00	

Dr. Clecio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM 22.9187/ISBOT:13154





DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins que se fizer necessário que, o (a) Sr.(a) **WILLAMES VIANA DA SILVA** portador(a) da identidade RG _____, deu entrada no Complexo Hospitalar Mangabeira em **19-01-2019** onde se encontra internado até a presente data aguardando a realização de tratamento cirúrgico devido a patologia **CID- S82.5 + S82.6** Laudos e demais atestados definitivos serão disponibilizados após realização de tratamento e alta hospitalar.

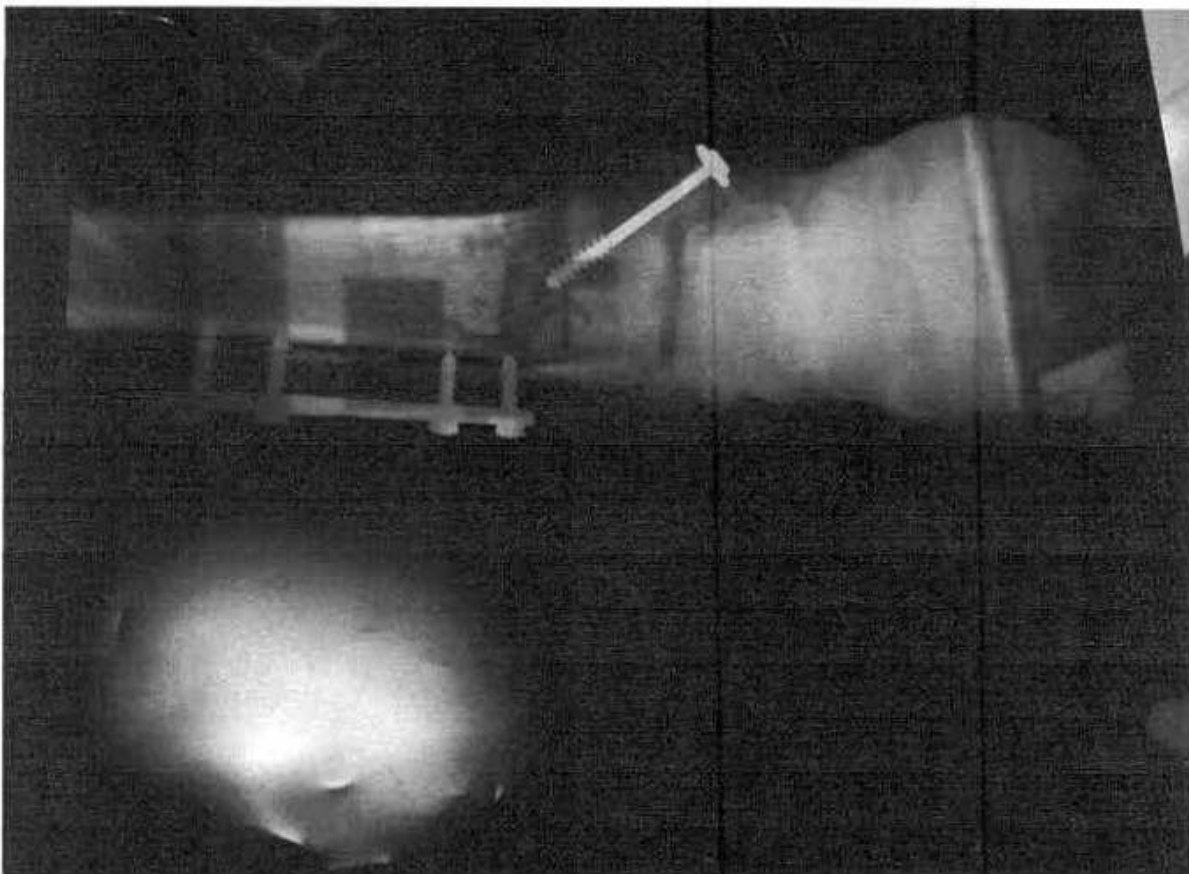
João Pessoa, **25-01-2019**

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

OBS: AUTORIZADO PELO O PACIENTE INFORMAÇÃO DO CID - 10.









CAGEPA
 COMISSÃO DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS
 Rua Pedro de Almeida, 220 - Jd. São João - São Paulo - SP
 CEP: 05075-900 - Fone: (11) 3061-0000 - Fax: (11) 3061-0001

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
 NOME: JOSE MACEDONIO, 45 - SAO BENTO BAYEUX PB
 5075989
 08/01/2016

inscrição

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427023986
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 CLASSE: 0107431501.1 00/00000000 2015

JOSE HUMBERTO DE SOUZA FERREIRA

05210257467 CFR1908/PB

NOVO PB LXVNCLOX00381062

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

I/SHINERAY XY 50 01 2012 2013

2. P/49 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/01/2016

SEM RESERVA DE DOUTRINA

JOAO PESSOA-PB 14346 08/01/2016 40533

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTES SÃO SEUS DADOS DE SEGURO CAUSADOS POR VEÍCULO
 INFORMAÇÃO DO VEÍCULO: 0107431501.1 00/00000000 2015
 TRANSFERÊNCIAS OU NÃO: 0107431501.1

PB Nº 012427023986 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 822 1204

05293257467 CFR1908/PB

0107431501.1 I/SHINERAY XY 50 01

2012 9 LXVNCLOX00381062

PRÊMIO TARIFÁRIO

PBS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE VENCIMENTO

COTA ÚNICA 30/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 05.248.008/0001-04
 40533-0903039-20160108





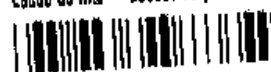
REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 079/2019
Exame Requisitado: **Traumatológico**

João Pessoa, 21/03/2019

Ao Senhor
Gerente Executivo
Gerência de Medicina e Odontologia Legal
IPC-PB

Assunto: Requisição de Exame Traumatológico

Laudo do IML - Lesões corporais



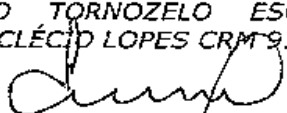
Senhor Gerente

Requisitamos a Vossa Senhoria as providências, para que no prazo legal (Art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94), seja procedido o exame de **Traumatológico** da pessoa abaixo qualificada, e que o laudo seja remetido para o

Delegacia Especializada em Acidente de Veículos

NOME: **WILLAMES VIANA DA SILVA**
NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**
NATURALIDADE: **BAYEUX-PB**
IDENTIDADE: **CPF. 237.784.744-72**
FILIAÇÃO: **GERALDA DE OLIVEIRA VIANA e de ENEDITO VIANA**
DATA DE NASCIMENTO: **19/10/1959** IDADE: **59** anos
ESCOLARIDADE: **---**
PROFISSÃO: **MECÂNICO**
ESTADO CIVIL: **CASADO**
ENDEREÇO: **RUA JOSÉ MACEDONIO, 65, BAIRRO SÃO BENTO, BAYEUX-PB**
TELEFONE: **83-98871.3511**
DATA E HORA DO FATO: **19/01/2019 às 10:00 horas**

HISTÓRICO: QUE SOFREU UM ACIDENTE, QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO SHINERAY XY50, PRETA, PLACA QFR 1908-PB, NA AV. SANHAUÁ, VARADOURO, E A MOTO ESTAVA PARADA EM UM SEMÁFORO VERMELHO, EM FRENTE A ESTAÇÃO FERROVIÁRIA, E FOI COLIDIDA NA PARTE TRASEIRA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER SOCORRO A VÍTIMA, QUE O MESMO CAIU AO SOLO ONDE SE LESIONOU, E FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO FRATURA BIMALEOLAR NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. CLÉCIO LOPES CRM 9187-PB.


ISAIAS OLEGARIO DA SILVA
Delegado de Polícia Civil





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

COMPLEMENTAR



03.01.07.112019.30517

WILLAMES VIANA DA SILVA

Órgão Requisitante: DAV

Dr(a):

Remeter para: DAV

Dr(a): Marcos Antonio Vasconcelos





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 658619 Laudo nº: 03.01.07.112019.30517

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Sanidade física

Data do exame: 20/11/2019 Hora do exame: 10:18

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 418/2019 Autoridade Solicitante: . Nome: WILLAMES VIANA DA SILVA , 60 anos, sexo: Masculino Raça/cor: pardo; filho(a) de: Benedito Viana e de: Geralda de Oliveira Viana , Estado civil: Casado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Bayeux/PB. Profissão: Mecânico.

HISTÓRICO: Autoridade policial refere em solicitação de exame traumatológico complementar que o examinado fora vítima de acidente de trânsito quando a moto que conduzia fora colidida por um outro veículo, fato ocorrido no dia 19/01/2019 no Varadouro.

DESCRIÇÃO: Comparece a exame de corpo de delito deambulando com auxílio de uma muleta de apoio antebraquial esquerdo e claudicando da perna esquerda (marcha instável). Discreto edema residual em tornozelo esquerdo. Restrição da amplitude da flexoextensão e rotação interna e externa do tornozelo esquerdo.

QUESITOS:

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, debilidade permanente da função da perna esquerda, que repercute em perda funcional de 20%.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? NÃO.

D^{ra} Sarah Vinagre
Médica
CRM-PB 6889

Dra. Sarah Vinagre Tietre
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 168.246-6 CRM6689/PB





REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 418/2019

Exame Requisitado: **Traumatológico Complementar** à requisição 310/2019/DEAV

João Pessoa/PB, 20/11/2019

Ao Senhor
Gerente Executivo
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal
IPC-PB

C-658619

Assunto: Requisição de Exame

Senhor Gerente

Requisitamos a Vossa Senhoria as providências, para que no prazo legal (Art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94), seja procedido o exame de **Traumatológico Complementar** da pessoa abaixo qualificada, e que o laudo seja remetido para a **DELEGACIA DE ACIDENTE DE VEÍCULOS DA CAPITAL**

NOME: **Willames Viana da Silva**
NACIONALIDADE: **brasileira**
NATURALIDADE: **Bayeux, PB**
IDENTIDADE: **2872309 SSDS/PB**
FILIAÇÃO: **Geralda de Oliveira Viana e de Benedito Viana**
DATA DE NASCIMENTO: **19/10/1959** IDADE: **59** anos
ESCOLARIDADE: **-----**
PROFISSÃO: **mecânico**
ESTADO CIVIL: **casado**
ENDEREÇO: **Rua José Macedônio, 65, bairro São Bento, Bayeux, PB.**
TELEFONE: **83-98871.3511.**
DATA E HORA DO FATO: **19/01/2019, por volta das 10:00 horas.**

HISTÓRICO: QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA AV. SANHAUÁ, VARADOURO, QUANDO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTO SHINERAY XY50, ANO/MODELO 2012/13, COR PRETA, PLACA QFR 1908/PB, QUANDO A MOTO ESTAVA PARADA, FOI ALBARROADA NA PARTE DE TRÁS POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, QUE SE EVADIU DO LOCAL, QUE A VÍTIMA CAIU AO SOLO SE LESIONANDO E FOI SOCORRIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO, CID S82.5 E S82.6 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. CLECIO LOPES CRM 9187-PB E DEPOIS COM CID M19.1 + T93 PELO ASSINADO PELO MÉDICO LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO CRM 9328-PB.

Referência: Certidão de Registro de Ocorrência nº 03182.01.2019.1.00.401

MARCOS ANTONIO VASCONCELOS

