



Número: **0863479-24.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WAGNER DE PAULA NUNES (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35250 266	08/10/2020 09:33	2756301_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **WAGNER DE PAULA NUNES**

Nº Sinistro: **3180403420**

Vítima: **WAGNER DE PAULA NUNES**

Data do Acidente: **13/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403420**.

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 13319624

Pag. 00221/00222 - carta_01 - INVALIDEZ

00020111





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

713 560 234 01

Wagner de Paula Nunes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wagner de Paula Nunes	713 560 234 01	Radialista
Endereço	Número	Complemento
Rua Anderson Freire de Lima	80	
Bairro	Cidade	Estado
Matão do Bispo	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58011-483	(83) 98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	D/V	AGÊNCIA	D/V
0036		90587	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa 28 de agosto de 2018

Local e Data

x Wagner de Paula Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

179-697555253-7

8/JUN/2018 HORA DE 14:39:01

OT. 13.004572-1 TERM 018594

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

G. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 179402257

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: WAGNER DE PAULA NUNES

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

QUANTIA-UV: 000.000.090.587-7

DATA DA ABERTURA: 28/06/2018

LOTÉRIAS CAIXA

179-697555253-7

VIA *Senha* 





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01228.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01228.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:38 horas do dia 28 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wagner de Paula Nunes**, CPF nº 713.560.234-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Radialista, filho(a) de Hosana Inocencio Nunes e Vanilson Freire de Paula, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/07/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anderson Freire de Lima, Nº 80, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Mercadinho Boa Esperança, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-6160.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Capitão José Pessoa, No Primeiro Giradouro de Jaguaribe, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/05/17 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

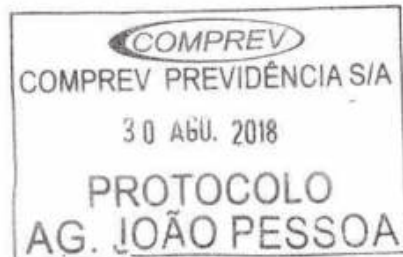
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS KS, VERMELHA, ANO 2011, PLACA MOT8272/PB, CHASSI 9C2KD0560BR506159, registrada em nome de RONILSON DE LUNA SANTOS, quando foi atingido por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1313/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 04.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 28/06/2018, à(s) 15:53 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Corrigindo a informação: Diz o noticiante que após o acidente não foi socorrido pelo SAMU e sim em veículo particular para o hospital. Adendo registrado por: Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula: 1819003.

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.

Fabiana



Procedimento Policial: 01228.01.2018.1.00.420

Wagner de Paula Nunes



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



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

João Pessoa/PB, 28 de junho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

WAGNER DE PAULA NUNES

Noticiante



Procedimento Policial: 01228.01.2018.1.00.420

2/2



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 interdita 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 <i>Wagner de Paula Nunes</i>	CPF da Vítima <i>713.560.234-01</i>	Data do Acidente <i>13/05/2017</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa 28 de Agosto de 2018
Local e Data

Wagner de Paula Nunes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 29261 Atd: Nao Regulada
Data: 13/05/2017.
Hora: 21:01:21
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WAGNER DE PAULA NUNES
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 9000
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/06/1992 Id: 24 ano(s)
End.: RUA SANTA EMILIA R., 129
Bairro: VARADOURO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSANE DOS SANTOS NUNES Pai: NAO INFORMADO

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.05.001806

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: WAGNER DE PAULA NUNES

Tipo Doc. Responsavel: 9000 / SEM DOCUMENTO: SD

Possibilidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observação

Quilograma Principal

Queda de moto com
dedo da mão (E)

exoneração no 3º
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nega cirurgia.

Paciente externa de acidente de moto há 30 minutos, apresenta ferimento
profundo contuso em 3º QDE. Estava usando capacete, nega vômito, de mato, e
febre. Imunização atualizada.

Exame físico: cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores e inferiores.
AR - MUC em AHT, SIRA
Diagnóstico: ferimento, contusão, laceração superficial - profunda.

CD:

- R de mto (E)
- Solicito avaliação
do ortopedista
- Atto de cirurgia

Prescrição

Horario da medicacao

Omeprazol

Por acidente de queda de moto
melhor com dor no 3º QDE
Exame físico: 30 QDE CEFALIA 24 QDE



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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WAGNER DE PAULA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000090587-7

Nr. da Autenticação 21ADD14D143EF5F7



MARCELA DA SILVA CABRAL
RUA ANDERSON FREIRE DE LIMA, 807 C/O RENASCER - LHA DO BISPO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 55011493 (AG. 1)
Emissão: 11/06/2018 Referência: Jun/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIAX RENDA MONOFÁSICO B223, N23 - Cód. Resistor: João Pessoa / PB - CEP: 55071-690
Rotam: 4 - 1 - 135 - 3080 M medidor: 00009134158

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.529/0001-40 Insc. Est. 16.015.322-0
Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica 19007.706.402
Cód. para Deb. Automático: 09002819916

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jun / 2018	11/06/2018	11/07/2018	6019076474 mat. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/267591-6**

Canal de contato
- Terça-Feira de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 28 de Abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/05/18	Data 11/06/18			
Leitura 8551	Leitura 7264		613	32

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Valor	Preço Unit.	Alíq. (R\$)	Base Calc.	Preço Unit.	Valor	Preço Unit.
		Tributos Totais (R\$)		(C15/R6) ICMS		PIS/COFINS (R\$)		(2150/000) (4.14/44)	
0001	Consumo até 220V/h-BR	92,000	0,249460	1,19	7,48	27	2,30	7,48	0,27
0002	Consumo - 31 a 100V/h-BR	70,000	0,437833	29,93	29,93	27	9,09	29,93	0,27
0003	Consumo - 101 a 220V/h-BR	120,000	0,841422	75,97	75,97	27	20,78	75,97	0,69
0007	Consumo acima de 220V/h-BR	299,000	0,712890	209,82	209,82	27	58,38	209,82	1,69
0001	Adic. B. Amarela		4,34	4,34	27	1,17	4,34	0,04	0,18
0001	Adic. B. Vermelha		11,59	11,59	27	3,13	11,59	0,10	0,43
0010	Subsídio		52,34	52,34	27	14,13	52,34	0,47	2,17
LANÇAMENTOS E DESPESAS									
0007	CONTRIB SERV ALIM PÚBLICA		16,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	PARCELAMENTO DE DEBÍTIC 40/48		134,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Descontagem Subsídio		-35,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 507,58 391,47 115,33 391,47 115,33 115,33

Média últimos meses (kWh) 245 **VENCIMENTO 18/06/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 507,58**

Histórico de Consumo (kWh)											
282	285	288	292	295	298	299	299	299	299	299	299
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO A 10ccc 792f def9 b5f4 9a1c f0cc fffd 39a2

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão	
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO			

ATENÇÃO
- A partir das faturas em atraso de 05/18, a ENERGISA não emite mais faturas, sendo o valor devido em aberto.
- REVISÃO: Caso haja alguma alteração no valor devido, a ENERGISA poderá ser comunicada a partir de 26/06/2018. Conforme Resolução 414/ANEL, o pagamento das faturas não emite a opção de suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada até os 30 dias após a data de vencimento da fatura, sendo a suspensão do fornecimento aplicada a partir de 30 dias após a data de vencimento da fatura.
- O prazo não vale para as faturas já revisadas, pois estas já foram comunicadas.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Est. Resid., tendo um desconto de R\$25,57.
- Lembrete confirmado

PARAIBA
Rotam: 4 - 1 - 135 - 3080
Matrícula: 267591-2018-00-3 **VENCIMENTO 18/06/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 507,58**

63610000005-5 07580149000-6 02675912018-6 06300001019-7

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronilson de Luna Santos,
RG nº 2634966, data de expedição 18/08/11,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 051.424.894-70 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Anderson Freire de Lima nº 80,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Wagner de Paula Nunes cujo o condutor era
Wagner de Paula Nunes.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS KS
Ano: 2011
Placa: MOT 8272/PB
Chassi: 9C2KDO560BR506159
Data do Acidente: 13/05/2017
Local e Data: 03/07/18 João Pessoa PB

Ronilson de Luna Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: 501670
RONILSON DE LUNA SANTOS
Em test, da verdade. João Pessoa-PB 03/07/2018 12:35:33
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-016125]EMUL:R# 89,48 FARPEN:R# 0,28 FEPJ:R# 1,40 ISSR# 0,47
SELO DIGITAL: ANA84627-1GD7
Confira a autenticidade em <https://secomptax.tribuna.pb.gov.br>





CERTIDÃO

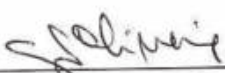
Nº. 1313/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial nº29261 Prontuário Nº 2017.05.001806 pertencentes a **WAGNER DE PAULA NUNES**, que foi atendido dia 13/05/2017 às 21H01min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 3º quirodáctilo da mão esquerda. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 13/05/2017 e 18/05/2017 (amputação parcial do 3º QDE), com alta médica dia 22/05/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de Junho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 29261 Atd: Nao Regulada
Data: 13/05/2017.
Hora: 21:01:21
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WAGNER DE PAULA NUNES
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 9000
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/06/1992 Id: 24 ano(s)
End.: RUA SANTA EMILIA R., 129
Bairro: VARADOURO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSANE DOS SANTOS NUNES Pai: NAO INFORMADO

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.05.001806

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: WAGNER DE PAULA NUNES

Tipo Doc. Responsavel: 9000 / SEM DOCUMENTO: SD

Possibilidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observação

Queda Principal

Queda de moto com
dedo da mão (E)

exoneração no 3º

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nega cirurgia.

Paciente externa de acidente de moto há 30 minutos, apresenta ferimento
profundo contuso em 3º QDE. Estava usando capacete, nega vomito, de mao, e
perda de consciência. Imunização atualizada.

Exame físico: HTE, corais, hidratação, respiração, auscultar
AR - MUC em AHT, S/RA
Diagnóstico: ferimento, contusão, laceração superficial - profunda

CD:

- R de mao (E)
- Solicito avaliação
do ortopedista
- Atb de cirurgia

Prescrição

Horario da medicacao

Omeprazol

Por acidente de queda de moto
melhor com dor no 3º QDE
Exame físico: 30 QDE CEFALIA 24 QDE



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

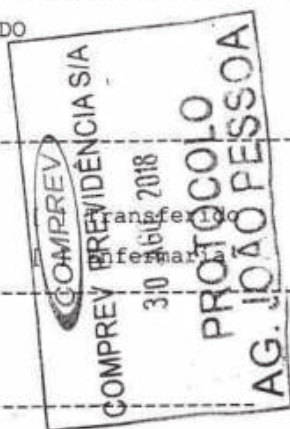
☐ Alta a pedido

☐ Desistencia ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Wagner de Paula			Data da Admissão:	13/05/14
Prontuário:		Idade:		Enfermaria:	
Nome da Mãe:					
Endereço:					
Cidade:		Estado:		Bairro:	
Sexo:	F () M ()	Cor:		Fone:	
Escolaridade:		Estado Civil:		Profissão:	
		Religião:		Data de Nascimento:	1/1
QPD:	Paciente de queda				
HDA:	de moto esbarrando com dor na mão @				
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: ☐ Prurido ☐ Sudorese					
Pele:					
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: ☐ Visão: ☐					
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros:					
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume					
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:					
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos					
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor					

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Desbridamento + Antissepsia
2. Posição de Compressores
3. Lavagem extensiva com SF 0,9%.

Incisão:

4. Sutura de pontos moles
5. Reimplante de unha em leito ungueal.

Achados:

6. Fixação de magneto de falange distal com agulha 0010 escape
7. Curativo local

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data:

13/05/14

MÉDICO/CRM

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

Nome: <u>Wagner 25 Paulo</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data: <u>18/05/14</u>	Cirurgião: <u>Dr. Luiz Roberto</u>	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: <u>Dr. Santos</u>	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <u>Blocio</u>	Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		Horário: I: T:	
<u>Nódulo 25 Paulo 25 anos</u>		CID	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>A. Aberto Parcial - Interação</u>			
<u>Utilizar 25 Material de Sinais</u>			
Durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Internamento do Paciente após Ato Cirúrgico: Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 200

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



Posição e Preparo:

- 1) PLS 5 - DDH SOB OFFOO A-1111
- SUBSTITUTION OF DRINKING, ADDITION OF A-1111
- M-1111 - OF C-1111

Achados:

- APTA - The National Association of Public Transportation Authorities
2300 G

- Validar o Projeto no nível de infraestrutura física
- Disponibilizar os recursos necessários de equipamentos e pessoal
- Solicitar a aprovação do projeto ao Conselho Superior de Administração

OBS:

Surinam PortFuro 25000 Penionu

Data:

18.05.17

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1951-1952

INSCRIÇÃO: 1944.173 DATA DE EXPIRAÇÃO: 23/02/2011

Nome: WAGNER DE PAULA NUNES

Matrícula: VANILSON FREIRE DE PAULA ROSANA INOCENCIO NUNES

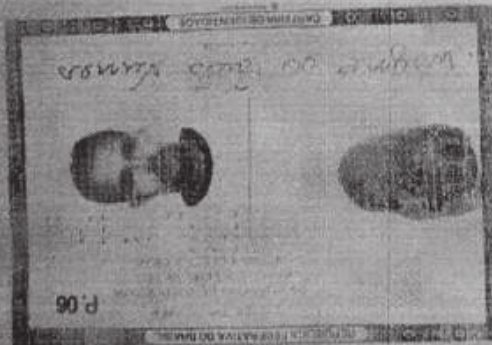
DATA DE ASSINATURA: 04/07/1992

Doc. OAB: PESSOA-PB NASC. D. 1362 FLS. 191 LIV. A. 02

CV: CARTÓRIO DO JOÃO PESSOA, PB.

[Assinatura]

15/07/1992



COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

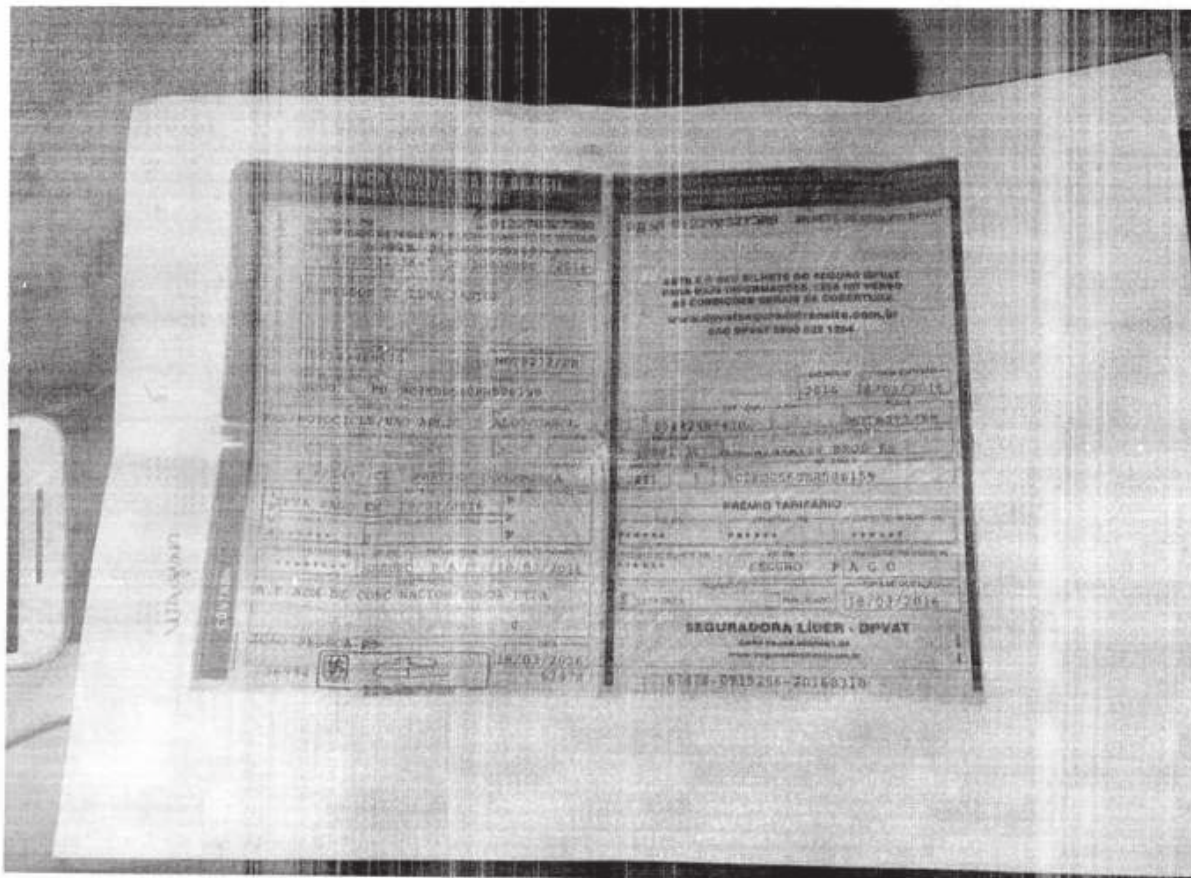


Número 4064 Série 0034/PB

Wagner de Paula Nunes
ASSINATURA DO PORTADOR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013176402200
2101402966

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

EST. 01/0000187309-6

VIA 1 0030531216-7 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
MARIA ELIZABETE DA SILVA OLIVEIRA
RUA SÃO JOÃO BATISTA 143 CASA
TRINHEIRAS
58011540-0000 PESSOA - PB

CPF/CNPJ 06550620414 PLACA HCT8272/PB

NOME ANTERIOR RONTILSON DA LIMA SANTOS

PLACA ANT./UF RUA/PB CHASSI SC2KD0560BR506159

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/RAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NAKITA BROS KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/PO/CI 2 P/145 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOUTRINA

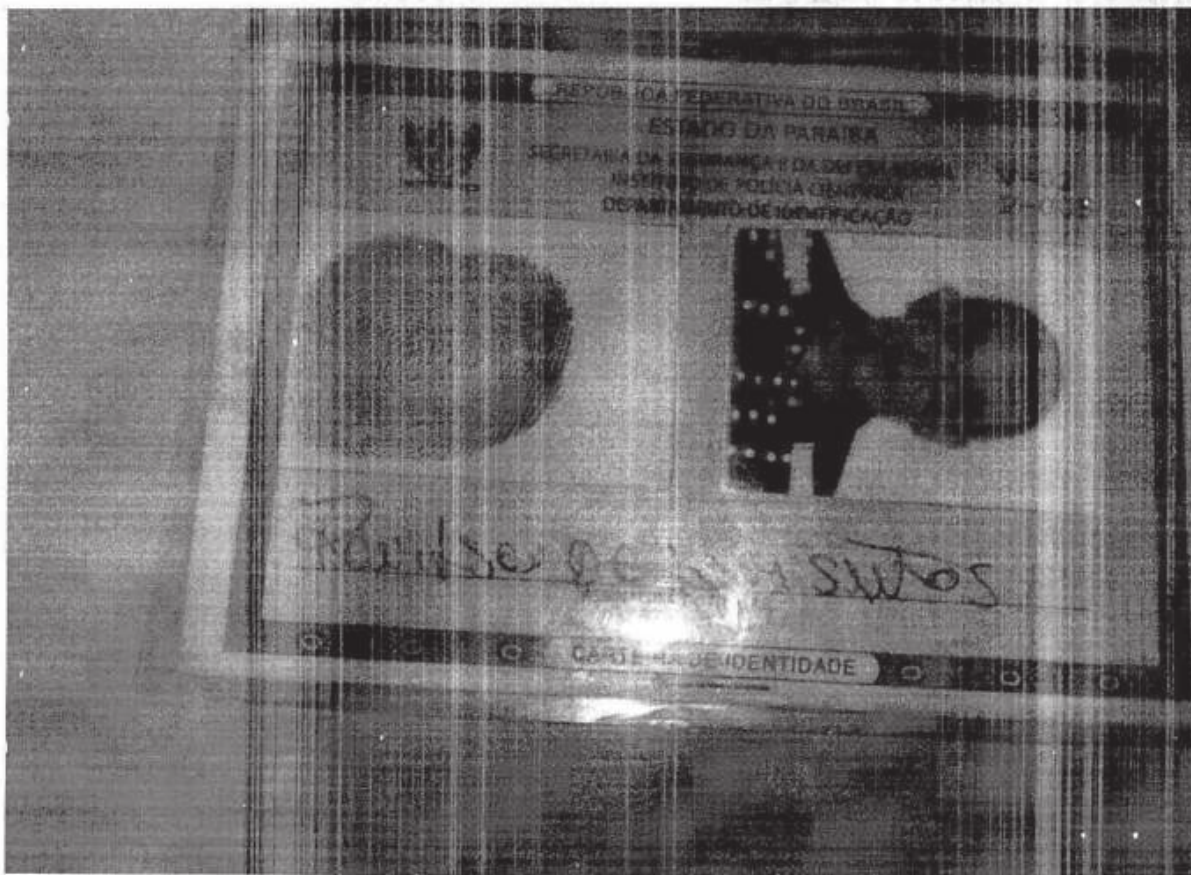
DOCUMENTO VALIDO SOFRENTE DA DOUTRINA
N. MOLOF 1 KD0560BR506159

DATA EMISSÃO 19/06/2017 DATA 12/08/2017

7251

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





2.534.966 - 2 VIA
 RONILSON DE LIMA SANTOS
 18/08/2011
 ROBERTO DOS SANTOS
 MARIA DOS Prazeres DE LIMA SANTOS
 08/08/1984
 JOÃO PESSOA - PB
 NASC. N. 37890
 CARTÓRIO 3 JOÃO PESSOA - PB
 051.424.89475
 COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 08/08/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RONILSON DE LUNA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2634966 SSP PE

CPF
 051.424.894-70 DATA NASCIMENTO
 08/08/1984

FILIAÇÃO
ROBERTO DOS SANTOS
MARIA DOS PRAZERES DE LUNA SANTOS

PERMISSÃO
 ACC CATHAR
 AB

Nº REGISTRO
 05417334395 VALIDADE
 17/02/2021 1ª HABILITAÇÃO
 06/02/2012

OBSERVAÇÕES

Ronilson de Luna Santos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 17/02/2016

Aristeu Chaves Sousa
 ASSINATURA DO EMISSOR 04495670017
 PB032140479

JOÃO PESSOA, PB (PARAÍBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1275484477

PROIBIDO PLASTIFICAR
1275484477



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403420 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WAGNER DE PAULA NUNES **Data do acidente:** 13/05/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM TERCEIRO QUIRODÁCTILO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO) E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO TERCEIRO QUIRODÁCTILO ESQUERDO AO NÍVEL DA INTERFALANGEANA DISTAL.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

