
Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190500441

Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0294395119 3 - CPF da vítima: 057.588.734-62 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Lourenço dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wladimir Lourenço dos Santos 6 - CPF: 057.588.734-62
7 - Profissão: Repetidor 8 - Endereço: Rua Ailton Medeiros da Moura 9 - Número: 313 10 - Complemento: PL 26 APD 101
11 - Bairro: Guomame 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58068-390
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 69439 8 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 27 de Agosto de 2019 27 AGO, 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



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

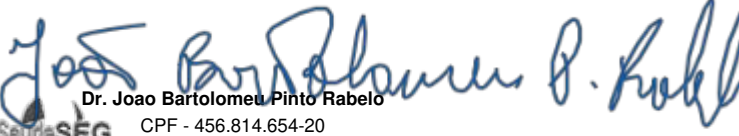
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190500441
Nome do(a) Examinado(a): Wedson Laurindo dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ailton Medeiros de Moraes, 373 BI 02 Apto 101
Gramame Joao Pessoa PB CEP: 58068-390
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3033446
Data local do acidente: [03/05/2019]
Data local do exame: [13/09/2019] 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 DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 09/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08062.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08062.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:25 horas do dia 18 de julho 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Wedson Laurindo dos Santos**, CPF nº 057.588.734-62, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Repositor, filho(a) de Maria José Laurindo dos Santos e Pai Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/04/1984 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ailton Medeiros de Moraes, Nº 373, complemento BLOCO-26, APTº 101, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo a Caixa D'água, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98719-1007.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Faculdade Facene, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/05/19 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

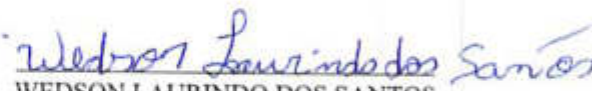
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/05/2019, POR VOLTA DAS 14H40MIN, ESTAVA TRAFEGANDO PRÓXIMO A FACULDADE FACENA, NA MOTO DE MARCA-YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, DE COR-BRANCA, ANO-2018/2019, PLACA-QSB2184,PB, CHASSI: 9C6RG3150K0002674, CRLV EM NOME DE DAMIÃO VALDEMAR DA SILVA, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O CID 10 S42.2, TENDO ALTA MEDICA NO DIA 04/05/2019, PELO MEDICO JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA.

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

João Pessoa/PB, 18 de julho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


WEDSON LAURINDO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 08062.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0294395/119 3 - CPF da vítima: 057.588.734-62 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Lourenço dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wladimir Lourenço dos Santos 6 - CPF: 057.588.734-62
7 - Profissão: Repetidor 8 - Endereço: Rua Ailton Modinos de Moraes 9 - Número: 313 10 - Complemento: Pl. 26 APD/101
11 - Bairro: Gramma 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58068-390
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99392-8028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 69439 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 27 de Agosto de 2019 27 AGO, 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 905/011, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2432611, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **WEDSON LAURINO DOS SANTOS** idade 35 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 03/05/2019, na R. Adriano Tozzi Carvalho, Bairro: Gramame - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 08 de Maio de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

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



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: 18/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000069419-8

Nr. da Autenticação 20BE88604A1CEBE0



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70447861

REFERÊNCIA

MAI/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VALQUIRIA LIMA DE BRITO
RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 373 - BL26/APT101 -
GRAMAME JOAO PESSOA PB 58068-390

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.036.650.0171.000		000	Residencial 1	Comercial 0	Industrial 0	Pública 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y12N2281	5 18/09/2012	EXT LAC	R LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		
997		1011	14		31		
					03/06/2019		
HIST. CONS. ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20		PORT. 05/2017 M5.			
ABR/2019	12	PARAMETROS		EXIG. ANALIS.		CONFORME	
MAR/2019	15	TURBIDEZ		0	0	0	
FEV/2019	15	CLORO		0	0	0	
JAN/2019	14	COL. TERMOT		0	0	0	
DEZ/2018	11	COR		0	0	0	
NOV/2018	15	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: MAR/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 06/05/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:11

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	4 M3	19,56
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,32 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 17/05/2019 Total a Pagar: R\$ 57,47



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: I

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/03/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70447861	MAI/2019	17/05/2019	R\$ 57,47

82650000000 3 57470010001 3 07044786101 7 05201970003 9



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Damião Valdemar da Silva

RG nº 2153880

, data de expedição 29 / 02 / 2016

Órgão SSDS/PB

, portador do CPF nº 039.485.924-38

com domicílio na cidade de Joaquim Pessoa

, no Estado de

Paraíba

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Ricardo Soares de S. Neto

, nº 340

complemento BL 3 APT: 202

, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Wendson Laurindo dos Santos

, cujo o condutor era

Wendson Laurindo dos Santos

Veículo: Motocicleta

Modelo: YAMAHA / YBR 150

Ano: 2015/2019

Placa: RSB-2184

Chassi: 9C6RG3150K.0002674

Data do Acidente: 03 / 05 / 2019

Local e Data: Joaquim Pessoa, 13 de Maio de 2019

Damião Valdemar da Silva

Assinatura do Declarante

Wendson Laurindo dos Santos

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de DAMIÃO VALDEMAR

DA SILVA, [122238], J. Pessoa-PB, 13/05/2019 12:44:57 Fiel

R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da

verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo

Digital AIP27113-UGSE Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

e-mail: contato@cartoriocelcida.com.br



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de WENDSON LAURINDO

DOS SANTOS, [113100], J. Pessoa-PB, 13/05/2019 12:47:22

Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em

test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo

Digital AIP27114-SSVM Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

e-mail: contato@cartoriocelcida.com.br



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

RC

LAUDO MÉDICO :

O paciente Wedson Laurindo dos Santos é portador do CID : S 42.2 proveniente de fratura de úmero direito ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

26-08-2019



Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
v. Dr. João da Mata, N° 40
João Pessoa - PP

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

1000 S. MICHIGAN AVE.

CHICAGO, ILL.



THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

1000 S. MICHIGAN AVE. CHICAGO, ILL. 60607

TEL. 773-936-5000 FAX 773-936-5001

WWW.CHICAGO.EDU

1999

UNIVERSITY OF CHICAGO

1999

1999

1999





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



LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	09/04/84
NOME DA MÃE	MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.160.257
DATA DO ATENDIMENTO	03/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	16:18
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO DIREITO
CID 10	S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere dores no ombro direito e no braço direito. Glasgow 15. Consciente e orientado. Torax e abdomen sem queixas. Solicitado TC de ombro direito. Evidencia fratura de tuberosidade do úmero direito. Imobilização. Tratamento conservador. Retorno para o HTOP.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia
Ultrassonografia FAST
RX de ombro direito
RX de braço direito
TC de crânio
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade superior do úmero direito.

TRATAMENTO:

Imobilização da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 04/05/19
DATA DA EMISSÃO: 10/07/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1160257



Identificação do paciente

ID 1399541	Nome WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35 anos 24 dias	Estado civil Religião
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS	Pai NAO DECLARADO	Responsável Parentesco VALQUIRIA LIMA DE BRITO - ESPOSO(A)
Escolaridade	Resposta	Resposta
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987191007	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3033446	Nº Cric 898002753865622
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade SANTA RITA	CEP

Endereço

CEP 58068390	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALTON MEDEIROS DE MORAIS
Número 26	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 03/06/2019 16:18:37	Número da pulcra 1000007589699	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Tratado Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Valente, Gito, 35 anos, refere dor em ombro direito, mais C/ membros; passa a seguir

Diagnóstico

Atendido por
HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS

Tempo
01min 10seg

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	BAE 1150257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Data/Baixa
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 24d	Sexo Masculino	CNS 888002753865622
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			Tel. fone. de Contato 183 987191007
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANTONIO VIEIRA DE MOURA	Nº Cons. Regional 4371/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 16:47:37	

Anamnese

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTOCICLETA, HISTÓRICO DE DESMAIO, QUEIXA DE DORES EM OMBRO, BRAÇO DIREITO E PÉLVE.
ESTADO GERAL REGULAR, ANSIOSO, CONDIÇÕES HEMODINÂMICAS PRESERVADAS. DOR À PALPAÇÃO DO BRAÇO E DO OMBRO DIREITO.
TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, ABDOME FLÁCIDO, POUCO DOLOROSO EM HIPOGASTRIO.
ESCORIAÇÃO E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SORO ANTITETÂNICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/SM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

ANTONIO VIEIRA DE MOURA
(4371/PB)

ENDEREÇO: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 TEL: 58031090
 CNES: 6121221

Paciente	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	BAE	1160257	03/05/2019 16:18:37	Cad. Saúde
Data de nascimento	09/04/1984	Idade	35a 24d	Sexo	M
CPF	896007753865622	CPF	896007753865622	Telefone de Contato	(63) 967191037
Nome	MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS	Nome	MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS	Nome	MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS
Endereço	ALTON MEDEIROS DE MORAIS, 25	Bairro	GRAVAME	Município	JOAO PESSOA
UF	PB	UF	PB	UF	PB
Atividade	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão	LEONARDO SOARES DE LIMA	Atividade	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Data/Hora Classificação	03/05/2019 16:18:37	Data/Hora Prescrição	03/05/2019 19:50:02	Data/Hora Classificação	03/05/2019 16:18:37

Anamnese

CIRURGIA GERAL >

RAIOS X DE TÓRAX APARENTEMENTE LIMPDA SEM LAUDO RADIOLOGICO SEM ALTERAÇÕES.
 U.S.G. (FAST) = AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL.

CONDUTA:

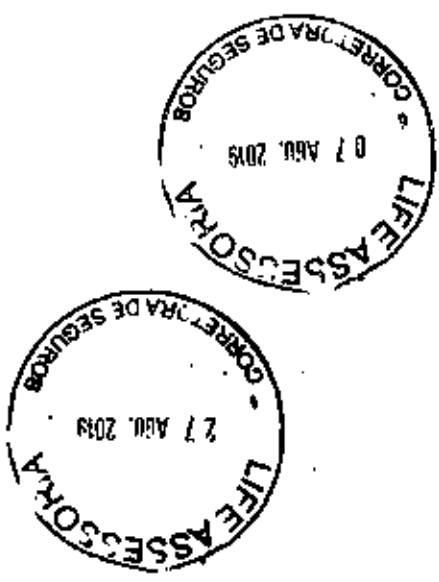
1. ALTA DA CIRURGIA GERAL;
2. PARECER DA ORTOFEDIA.

Conduta

Em observação

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

DR. LEONARDO SOARES DE LIMA
 CRM 2170-PB
 LEONARDO SOARES DE LIMA
 2170-PB



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	BAE 1160257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Data/Banco
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 24d	Sexo Masculino	CNS 898002753855622
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			Estabelecimento de Controle 8831987191007
Endereço ALTON MEDEIROS DE MORAIS, 25	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	It. Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 20:07:37	

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA*****

ACIDENTE DE MOTO. QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO
ESCORIAÇÕES E FERIMENTOS EM MÃO ESQUERDA E BRAÇO DIREITO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

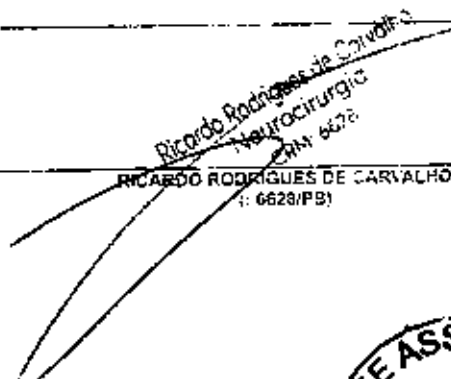
CD> ALTA DA NEUROCIRURGIA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS


RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
CRM 6628
(6628/PB)



ASSISTENCIAL HTOP

Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO JOAO PESSOA - PB, 58020670

Tel:

CNES: 1145623

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS		BAE 1160257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 18:18:37	Data Baixa
Data de nascimento 06/04/1984	Idade 36a 24d	Sexo Masculino	CNS 898002753865622	Telefone de Contato (83) 987191007
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional SAVIO BRUNO SILVA BARROS	Nº Cons. Registra. 5615/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 18:18:37			Data/Hora Prescrição 03/05/2019 20:07:45	

Anamnese

DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA

ADM LIMITADA

SEM DEFECTIS NEUROVASCULARES

SOL RX OMBRO SERIE TRAUMA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)

Conduta

Em observação

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	1160257	03/05/2019 16:18:37	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
09/04/1984	35a 25d	Masculino	898002753865622
Mãe			Telefone de Contato
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			(83) 987191007
			Fronteirão
Endereço	Bairro	Município	UF
ALTON MEDEIROS DE MORAIS, 28	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	6918/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/05/2019 16:18:37		03/05/2019 22:22:36	

Anamnese

DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA
COM DOR AO EXAME FISICO DE OMBRO D POREM SEM LIMITAÇÃO DE ADM
SEM DEFECTIS NEUROVASCULARES
RX : FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR

SOLICITO TC PARA DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Conduta

Em observação

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
(CRM 6918/PB)

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS		BAE 1160257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Data Boixa 2019-05-04 01:18:09:0
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CNS 898002753865622	Telefone de Contato (63) 987191007
Mãe MARIA JOSÉ LAURINDO DOS SANTOS				Previdência
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26		Beiró GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR		Nº Cons. Regional 6918/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:16:37			Data Hora Prescrição 04/05/2019 01:18:12	

Anamnese

DOR EM OMBRO DITO APOS TRAUMA
COM DOR AO EXAME FISICO DE OMBRO D POREM SEM LIMITAÇÃO DE ADM
SEM DEFECTIS NEUROVASCULARES
RX : FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR

TC : FRATIRA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESALINHAMENTO

CD TRATAMENTO CONSERVADOR
IMOBILIZAÇÃO , ORIENTAÇÃO . AO HTOP PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
04/05/2019 01:18:09
Observações

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
(CRM: 6918/PB)

PA: 80XSDmmtg
Glicemia 136 mg/dl



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	BAE 1160267	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Localidade 58031090
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CPF 398902753965622
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26	Bairro GRAMAME	Cidade JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão NICOLE SUZANNE DESSAUDT	UF 5276/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Prescrição 04/05/2019 03:01:05	

Anamnese

paciente apresentando mal estar ao receber alta por queda de motocicleta apresentando melhora após 7 dias após alta por SE EV
CD: ALTA

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário NICOLE SUZANNE DESSAUDT	Data e Hora 04/05/2019 03:00:19
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações PACIENTE RECEBEU ALTA DA ORTOPEDIA E APRESENTOU HIPOTENSÃO APRESENTOU MELHORIA APOS 7 DIAS

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

NICOLE SUZANNE DESSAUDT
5276/PB



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Unidade Assistencial
Internação

Data:	04/05/19 02:23
Usuário:	NICOLE
Boleim	1160257

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS		Data de Nascimento	09/04/1984	Idade	35a 25d	Sexo	MASCULINO	Nº	1160257	Nº Prontuário	Data Prescrição	04/05/2019 02:23:34	
Motivo de Atendimento	Enfermidade / Leito		Validade da Prescrição 04/05/2019 02:23:00 - 05/05/2019 02:23:00											
Convênio	SUS		Matrícula		Série									
Data da entrada:			03/05/2019 16:18:37			Data da internação:			Permanência em 10h Sim/não			Permanência no		
Nome do medicamento			Dose		U.M.		Via de Adm.		Veloc. Inf.		Pos		Aproximamento	

1	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 300ML)	1000ml	ml	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
---	---	--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Reimpresso em 04/05/2019

NICOLE GUZMÁN DE OLIVERA
CRM: 5278

Assinatura e Carimbo do Profissional



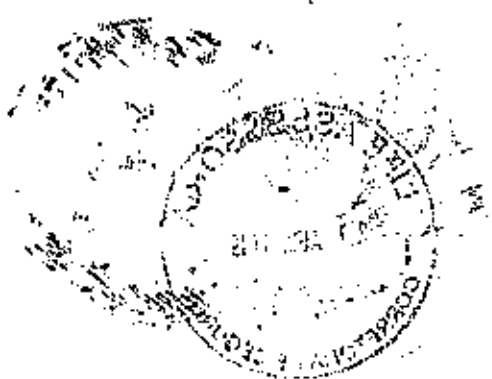
Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	35A 24D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1160257	03/05/2019 16:18:37	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		3h 31min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 03/05/2019 19:49:04
TRAUMATISMOS DE BRAÇO E OMBRO D + JOELHO E	
Parecer	Data de Resposta:

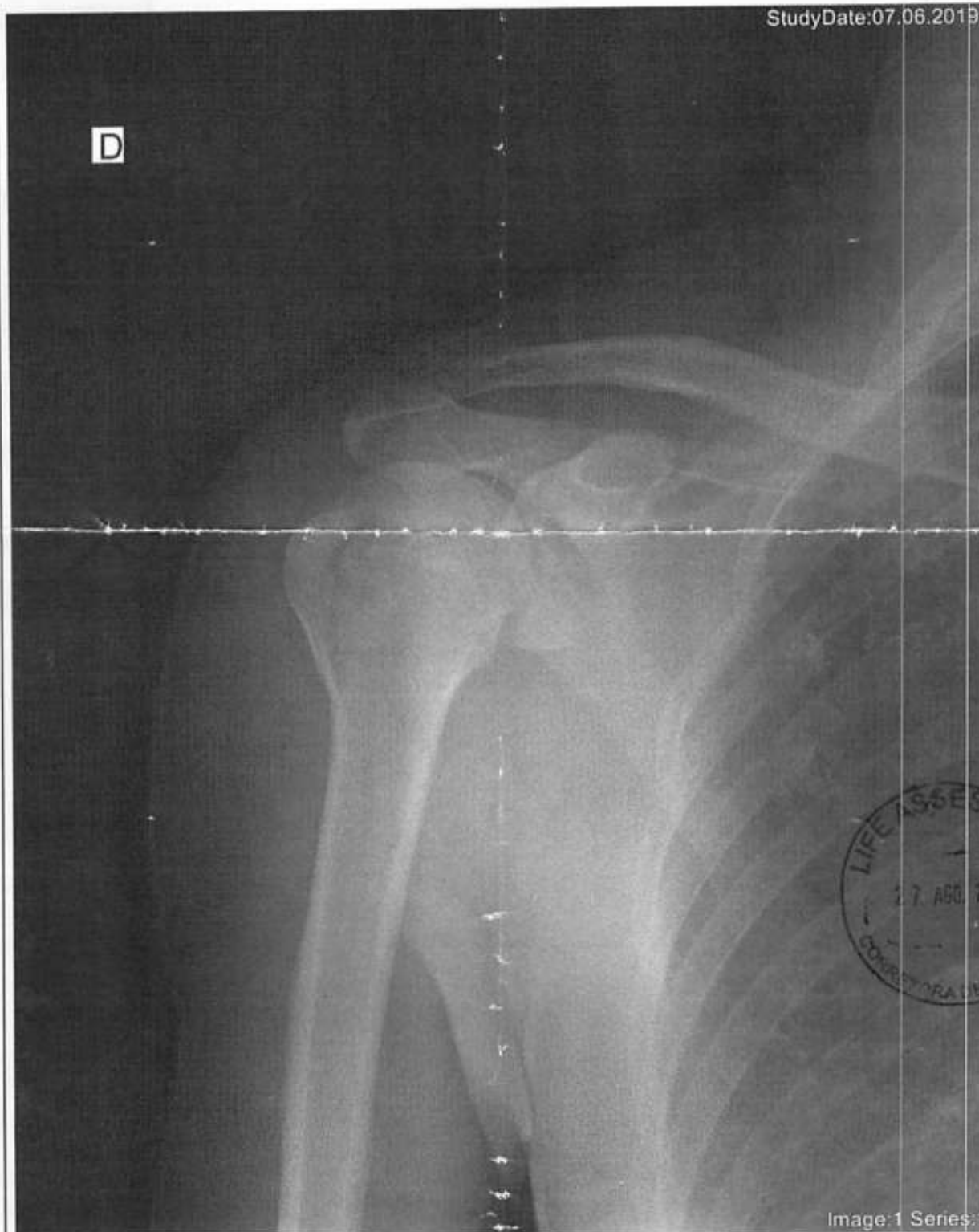
Dr. Leonardo Soares de Lima
Cirurgia Geral - URGEM
CRM 217019/PA





PatientID: 000000094872
PatientName: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Sex: Masculino
BirthDate: 09.04.1984
Age: 35a.



HTOP



Cruz Vermelha
Brasiliana

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data:	03/05/19 16:47
Usuário:	ANTONIO VIEIRA
Boleim:	1160257

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	Data de Nascimento	09/04/1984	Idade	35a 24d	Sexo	MASCULINO	Nº	1160257	Nº Prontuário	03/05/2019 16:47:37
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	SUS										
Matrícula		Validade da Prescrição									
03/05/2019 16:47:00 - 04/05/2019 16:47:00		Senha									

Data da entrada:	03/05/2019 16:18:37	Data da internação:	Permanência no	Permanência no
			29mto	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V			ALGURA
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	1.0	ML		INTRAMUSCULAR			AGORA

Representante do

do

ANTONIO VIEIRA DE MOURA

CRM 4371

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data:	04/05/19 02:23
Usuário:	NICOLE
Bolém:	1160257

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	Data de Nascimento	09/04/1994	Idade	35a 25d	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	1160257	Data Prescrição	04/05/2019 02:23:34
Motivo da Atendimento	Enfermidade / Lesão			Validade da Prescrição		04/05/2019 02:23:00 - 05/05/2019 02:23:00					
Convênio	SUS		Matrícula		Senha						
Data da entrada		03/05/2019 16:18:37		Data da internação		Permanência na 10h 5min		Permanência no			
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Poe	Aproximamento			

1	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ml)	1000.0	ML		I.V	24h	2x
---	---	--------	----	--	-----	-----	----

Em Prescrição por

[Assinatura]

NICOLE SUZANNE DERBAUDT
CRM 1678

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sanado. Humberto Lucena

Atendimento: 201932068266

Data Nasc: 09/04/1984 - 35 anos

Paciente: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Data Exame: 03/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, sugestivo de secreção.

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 03/05/2019 18:04.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932068266

Data Nasco: 09/04/1984 - 35 anos

Paciente: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Data Exame: 03/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínicos, laboratoriais e critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 03/05/2019 17:22



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Lauro de Souza

Atendimento: 201932068286

Data Nas: 09/04/1984 - 35 anos

Paciente: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Data Exame: 03/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais: sugestivo de secreção.

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 03/05/2019 18:04



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



RECEBEMOS DE J G M COMÉRCIO DE MOTOS E VEÍCULOS LTDA. - CNPJ: 21.514.649/0003-62, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DAS NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

Nº 000.007.882

SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

J G M COMÉRCIO DE MOTOS E VEÍCULOS LTDA.

RUA JOSEFA TAVEIRA, 22
MANGABEIRA, 58055-000 JOÃO
PESSOA-PB FONE/FAX: 83-35068500/
83-35068500
WEBSITE: www.jampamotos.com.br
E-MAIL:
jampamangabeira@hotmail.com

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.007.882

SÉRIE: 1

FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

2519 0421 5146 4900 0362 5500 1000 0078 8217
4487 3526

Consulta de autenticidade no portal nacional
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefat Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA VEÍCULO 0 KM

INSCRIÇÃO ESTADUAL

16.279.544-0

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325190007216938 05/04/2019 08:43:58

CHUV

21.514.649/0003-62

DESTINATÁRIO / REMETENTE

POSS / RAZÃO SOCIAL

DAMIAO VALDEMAR DA SILVA

CPF / CNPJ

039.485.924-38

DATA DE EMISSÃO

05/04/2019

ENDEREÇO

RUA RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, SN

PAÍS / DISTRITO

GRAMAME

CPF

58068-370

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO

JOÃO PESSOA

FONE / FAX

83-988609659

UF

PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 10584 - Valor Fat.: 10.690,00) Dup.: 10584/01 Venc.: 14/04/2019 Valor: 10.690,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO IPI

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

10.690,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO Seguro

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

10.690,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

POSS / RAZÃO SOCIAL

Destinatário

ENDEREÇO

FINTE POR CONTA

0 - DESTINATÁRIO

1 - DESTINATÁRIO

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

PB

CPF / CNPJ

58068-370

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

MODELO

DESCRIÇÃO

0,000

0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	POSS / EN	CEP	CTOP	UF	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
8311000024	YAMAHA/YBR 150 FACTOR VERSAO ED	57113623	500	2405	UN	1,000	10.690,00	0,00	10.690,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Chassi.....: R06R03150K0002674

Nº Motor.....: G3GZK-075879

Marca / Modelo: YAMAHA/YBR 150 FACTOR VERSAO ED

Cor.....: BRANCA

Renavam.....: 005636

Espécie.....: PASSAGEIRO

Cilindradas...: 0149

HP.....: 9

Combustível...: GAS/ALC

CWG (forque): 12,2

Placa.....:

Serial (Série): 000002674 Distância entre eixos (mm): 1.72

Tipo Veículo.: MOTOCICLETA

Tipo Pintura: Solida

Ano Fab/Mod.: 2010/2019

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaramos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e com Alienação Fiduciária a favor de JG M
YAMAHA MOTOR DO BRASIL S.A. Trib. Aprov. R\$ 1.821,67 Federal e 7.672,50 Estadual Fontes:
INPT/empresometro.co.891624. RD: 2153880. Proposta: 000000975. Vendedor: R056 - ALBERTO DA CRUZ. CPF:
391.675.654-08. UF Origem: 000005227/1 - 04/04/2019.

RESERVAÇÃO AO FISCO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wenderson Loureiro dos Santos
DATA DO ACIDENTE 03/05/2019 CPF DA VÍTIMA 057.588.734-62
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Wenderson Loureiro dos Santos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Ailton Medeiros de Moura
Nº 313 COMPLEMENTO BL 26 APT 101 BAIRRO GRANMAR
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58065-390
E-MAIL _____ TELEFONE (33) 99192-3028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTE.PR.OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/08/2019
IDENTIDADE 3033416

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 27 ago. 2019
NOME _____

ASSINATURA Wenderson Loureiro dos Santos



Formulario de datos personales y laborales. Incluye campos para nombre, apellido, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, estado civil, ocupación, y otros datos de identificación.

Formulario de datos adicionales, incluyendo campos para dirección, teléfono, correo electrónico, y otros datos de contacto.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA MORTE SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA EMBRASA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

V-02

P-917

Domício Valdemar da Silva

CARTeira DE IDENTIDADE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190500441 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190500441

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Data do acidente: 03/05/2019

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190500441 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P1 P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE DR ANUAR MURAD FILHO, CRM 8742, EM 26/08/2019.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190500441 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P1 P3

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294395/19

Vítima: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

CPF: 057.588.734-62

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS : 057.588.734-62

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: 27/08/2019
Nome: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS
CPF: 057.588.734-62

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA