



Número: **0810035-08.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS (AUTOR)		IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36419 267	09/11/2020 14:29	2763205_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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

Carta nº 14934076





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:

0294395/149

3 - CPF da vítima:

057.588.734-62

4 - Nome completo da vítima:

Widson Laurindo 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:

Widson Laurindo dos Santos

6 - CPF:

057.588.734-62

7 - Profissão:

Repórter

8 - Endereço:

Rua Ailton Medeiros de Moraes

9 - Número:

313

10 - Complemento:

Bl. 26 Apto 101

11 - Bairro:

Guaranema

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58068-390

15 - E-mail:

1831.99392-8028

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019



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

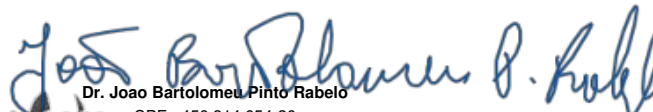
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190500441
Nome do(a) Examinado(a): Wedson Laurindo dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ailton Medeiros de Moraes, 373 Bl 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 HOUE 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. Nexa de causalidade: 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <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) 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 Reberta 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.**

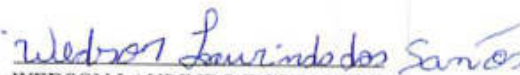
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 MÉDICA NO DIA 04/05/2019, PELO MÉDICO 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, expeço 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

1/1





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 Nelson Medeiros de Moraes 9 - Número: 313 10 - Complemento: Pk 26 APD 101
11 - Bairro: Guaranema 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58068-390
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99492-8028

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 69439 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ 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 (vairascor)? ☐ 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)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

D1 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914292732800000034769149

Número do documento: 20110914292732800000034769149

CNPJ 03.806.754/0015-40
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
CRE/5ª Região: 10171

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



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



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 Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

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
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.036.650.0171.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y12N2281	15 18/09/2012	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUN DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
997	1011	14	31		03/06/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5.							
ABR/2019	12	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES					
MAR/2019	15	TURBIDEZ	0	0	0		
FEV/2019	15	COLORO	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

DESCRICAÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

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:

RS 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	REFERÊNCIA	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 IDB, portador do CPF nº 039.485.924-38

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Ricardo Soares de S. Neto, nº 540

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: Motorcycle Modelo: YAHAMA 150 Ano: 2015/2019

Placa: QSB-2184 Chassi: 9C6RG3150K002674

Data do Acidente: 03 / 05 / 2019

Local e Data: João 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 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA. Selo Digital AIF27113-UGEE Consulte em

selodigital.tpb.jus.br

portal.cartorioceleida.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 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA. Selo Digital AIF27114-SSVM Consulte em

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

portal.cartorioceleida.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



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



EXCERPT OF THE PROCEEDINGS

OF THE COURT

IN THE MATTER OF

THE STATE OF



IN RE: [REDACTED]

ON PETITION FOR WRIT OF HABEAS CORPUS

FILED IN THE OFFICE OF THE CLERK OF THE COURT

ON [REDACTED]

AT NEW YORK, NEW YORK

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand and the seal of the Court

THIS [REDACTED] DAY OF [REDACTED]

NEW YORK, NEW YORK

BY THE COURT





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:

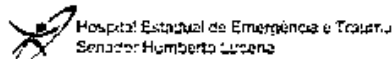
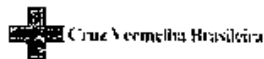
Imobilização da fratura.

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.: 6332486700

Boletim de Atendimento: 1160257



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1399541	WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
09/04/1984	33 anos 24 dias	Religião
Mãe	Pai	
MARIA JOSÉ LAURINDO DOS SANTOS	NAO DECLARADO	
Escolaridade	Responsável, Parentesco	
	VALQUIRIA LIMA DE BRITO - ESPOSA(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	987191807	
Tipo documento	Numero documento	Nº Cts
RG (IDENTIDADE)	3033446	898002763865622
Local de procedência		Tipo
VALENTINA FIGUEIREDO		BAIRRO
Email	Naturalidade	CBO/9
	SANTA RITA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58068350	JOAO PESSOA	PB	AILTON MEDEIROS DE MORAIS
Número	Complemento	Bairro	
26		GRAMAME	

Admissão

Data e Hora	Número da carteira	Convênio
03/05/2019 16:18:37	1000007589699	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente
		RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente, 33 anos, masculino, referiu dor em abdômen direito, massa c/ abcesso; paga a seguir

Diagnóstico

Atendido por
HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS

Tempo
01min 10seg

Imprimir



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 de Birth
Data de nascimento 08/04/1984	Idade 35a 24d	Sexo Masculino	CNS 885002753865622	Tel. fone. de Contato 183 987191007
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS		Profissão 		
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 PÉLVIS. 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 ANTITETANICO 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 CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

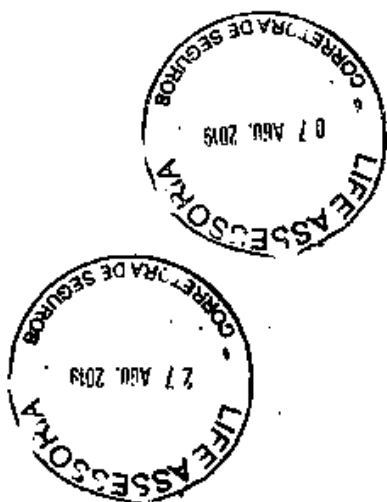
Em observação

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

ANTONIO VIEIRA DE MOURA
(1: 4371/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 16:19:47





Dr. Leonardo Soares de Lima
CRM 21702-0/2019
Cirurgião Geral - RBCO-Cirurgia

WESLON LAURINDO DOS SANTOS

Paciente		WESLON LAURINDO DOS SANTOS		Data de Nascimento		09/04/1984		Idade		35a.24d		Sexo		Masculino		CPF		B560027528665622		Tit. de Residência		R55.967191037		Endereço		Rua...	
Endereço		MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS		Município		JOAO PESSOA		UF		PB		Nº. de Residência		2170P8		Data de Nascimento		03/05/2019 16:18:37		Data de Entrada		03/05/2019 16:18:37		Data de Saída			
Motivo		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional		LEONARDO SOARES DE LIMA		Nº. de Residência		2170P8		Data de Nascimento		03/05/2019 16:18:37		Data de Entrada		03/05/2019 16:18:37		Data de Saída				Data de Saída			
Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Classificação		03/05/2019 16:18:37	

CNES: 6121221

Tel:

58031090

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

AREA VERMELHA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Unidade
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	1160257	03/05/2019 16:18:37	Unidade
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone Celular
09/04/1984	35a 24d	Masculino	(81) 987191007
Mãe			
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			
Endereço	Barrio	Município	UF
ALTON MEDEIROS DE MORAIS, 26	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	de Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/05/2019 16:18:37		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 COLUMA 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
R: 6628/PB



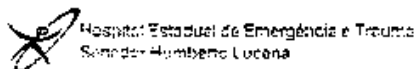
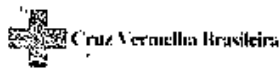
registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 16:19:47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914292732800000034769149

Número do documento: 20110914292732800000034769149

**ASSISTENCIAL HTOP**

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

Tel:

CNES: 1145623

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	1160257	03/05/2019 18:18:37	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
08/04/1984	35a 24d	Masculino	898002753865622
Mãe			Telefone de Contato
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			(83) 987191007
			Prontuário
Endereço	Sitio	Município	UF
ALTON MEDEIROS DE MORAIS, 26	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Registra.
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	SAVIO BRUNO SILVA BARROS	5615/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/05/2019 18:18:37		03/05/2019 20:07:45	

Anamnese

DOR EM OMBRO DIEITO 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

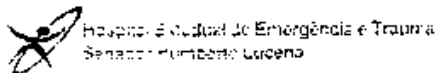
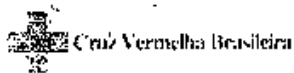
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
(CRM: 5615/PB)



Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 16:19:47



**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 Baixa
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CNS 898002753865622
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			Telefone de Contato (63) 987191007
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 28	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	Nº Cons. Reg. em 1 6918/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 22:22:36	

Anamnese

DOR EM OMBRO DIEITO 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)

Protocolo registrado por: HUGO WENÉO PEREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 16:19:47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914292732800000034769149>

Número do documento: 20110914292732800000034769149



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	BAE 1160257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Data Baixa 2019-05-04 01:18:09:0
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CNS 898002753865622
Mãe MARIA JOSÉ LAURINDO DOS SANTOS			Telefone de Contato (63) 987191007
Endereço AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 28	Beiró GRAMAME	Município JOÃO 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 16:18:37		Data Hora Prescrição 04/05/2019 01:18:12	

Anamnese

DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA
COM DOR AO EXAME FÍSICO 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
542.2	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 59457/B)



PA: BOXSDm...
Glencora 136 mg...

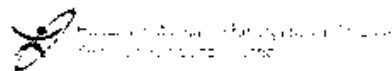
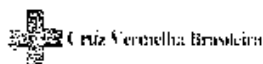
Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em: 03/05/2019 16:19:47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914292732800000034769149

Número do documento: 20110914292732800000034769149

**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 e Hora Entrada 04/05/2019 16:18:37	Data e Hora Saída 04/05/2019 03:00:19
Data de nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CPF 998902753966622	RG 55.567.91007
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	Profissional NICOLE SUZANNE DESSAUDT	UF do Profissional 52-16/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 não ter apresentado melhora após 07 dias de tratamento 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 APÓS 07 DIAS DE TRATAMENTO EV				

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

NICOLE SUZANNE DESSAUDT
527658



Sistema registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 12:12:47





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	Data de Nascimento 09/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo MASCULINO	Nº 1160257	Nº Prontuário 04/05/2019 02:23:34
Motivo de Atendimento Enfermagem / Leito	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 10h 5min		Permanência no	
Via de Admissão		Veloc. Inf.		Pos	
Orientação de Uso		Aproximamento			

1	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 300ML)	CM	CM	CM	CM
---	---	----	----	----	----

Reimpresso por
(CM)

NICOLE GUZMÁN DE SAUPE
CRM: 5276


[Assinatura]
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:

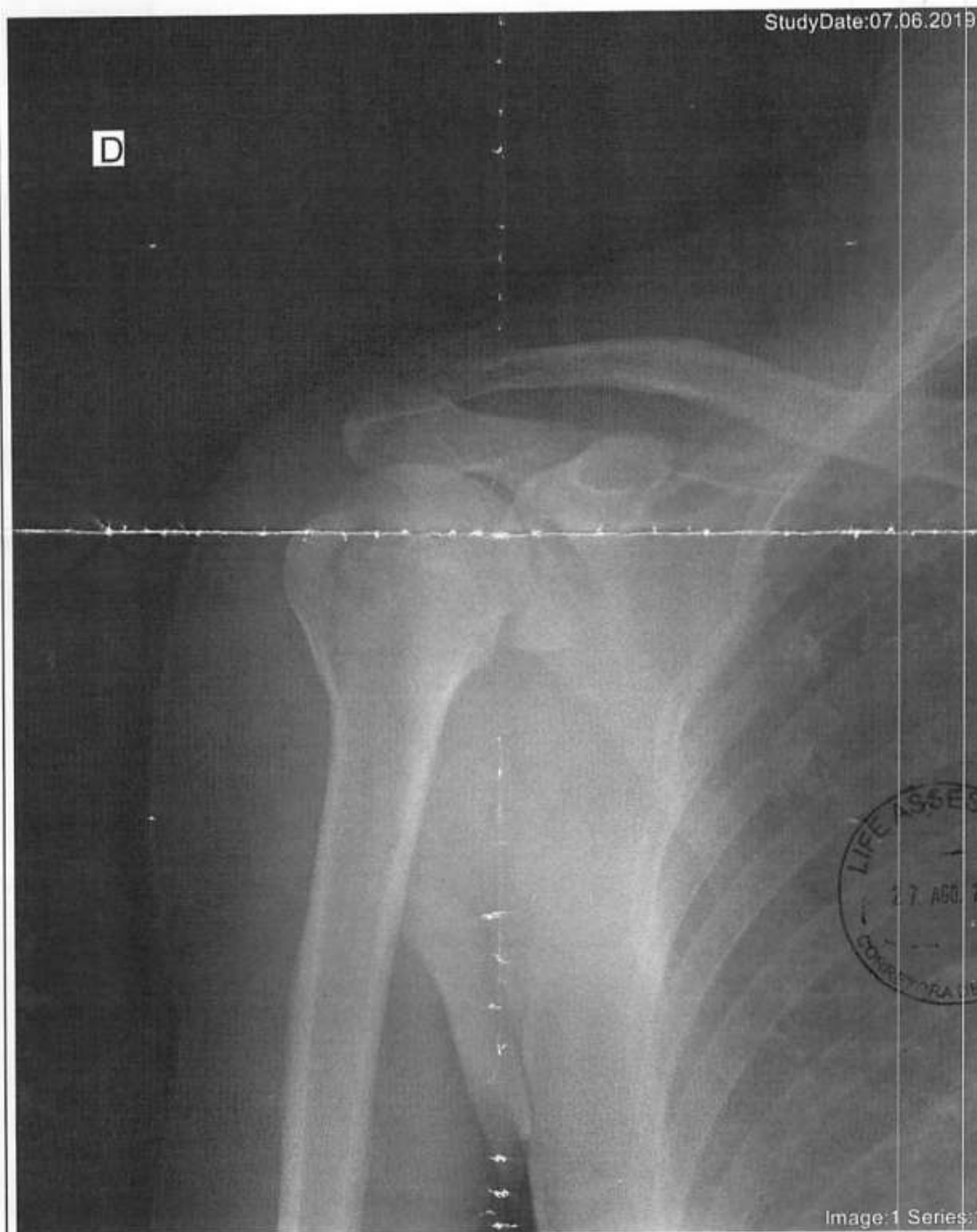

Dr. Leonardo Soares do Amaral
- CIRURGIA GERAL / ORTOPEDIA
CRM 2170194





PatientID: 000000094872
PatientName: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Sex: Masculino
BirthDate: 09.04.1984
Age: 35a.



HTOP



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 Promitório 1160257	Data Prescrição 03/05/2019 16:47:37
Motivo do Atendimento Enfermagem / Leito	Validade da Prescrição 03/05/2019 16:47:00 - 04/05/2019 16:47:00		Senha			
Convênio SUS	Matrícula					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	--------------

1	CEFDIPROFENO 100 MG	10	MG	E.V		AGORA
2	SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	10	ML	INTRAMUSCULAR		AGORA

Reimpressão em
 (de)

ANTONIO VIEIRA DE MOURA
 CRM/4371

Assinatura e Carimbo do Profissional



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

Bobelium	1160257
----------	---------



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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admini.	Valor. Inf.	Poe	Aprimamento
---------------------	------	------	-------------------	----------------	-------------	-----	-------------

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCOS 500ML)	1000 ml	1ml	1.0	24h	1	22
--	---------	-----	-----	-----	---	----

Jón D. S. Páll, j. 1971

COLLEGE HUMANITIES DEPARTMENT
JUNE 1978

Assinatura e Carimbo do Profissional: _____





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador 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.



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

Este laudo foi liberado em 03/05/2019 18:04.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932068266

Data Nasc: 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 de imagem.*



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
Paraná - Curitiba - PR

Atendimento: 201932068266

Data Nasr: 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





Num. 36419267 - Pág. 32

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wenderson Loureiro dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 03/05/2019 CPF DA VÍTIMA 057.588.134-62
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Wenderson Loureiro dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Ailton Medeiros de Moraes
 Nº 313 COMPLEMENTO BL 26 APT 101 BAIRRO Guaranimes
 CIDADE Jacaré Paranaíba UF PR CEP 55068-370
 E-MAIL TELEFONE (133) 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
 () 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTES.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/08/2019

IDENTIDADE 303346

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 27/08/2019

NOME Suelio Moreira Torres

ASSINATURA Suelio Moreira Torres



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

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

