



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
<b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36419 267	09/11/2020 14:29	<a href="#"><u>2763205_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00983/00984 - carta\_01 - INVALIDEZ



00350492

Carta nº 14934076



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

Num. 36419267 - Pág. 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: **Widmen Kawuimdo dos Sombrios**

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

5 - Nome completo: <b>Widmen Kawuimdo dos Sombrios</b>	6 - CPF: <b>057.588.734-62</b>		
7 - Profissão: <b>Repórter</b>	8 - Endereço: <b>Rua Ailton Moreirinhos de Melo</b>	9 - Número: <b>373</b>	10 - Complemento: <b>BL 26 AP 0101</b>
11 - Bairro: <b>Guararé</b>	12 - Cidade: <b>João Pessoa</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58068-390</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(83) 99392-8028</b>	

### 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: <b>3033</b> CONTA: <b>69439</b> Dígito: <b>8</b>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
---	--

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, <b>João Pessoa, 27 de Agosto de 2019</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Widmen Kawuimdo dos Sombrios</b> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

01 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

Num. 36419267 - Pág. 3

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

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

Número do Sinistro: 3190500441  
Nome do(a) Examinado(a): Wedson Laurindo dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alton 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 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, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**

- IV. Nexo 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 DEFÍCIT 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"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**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.

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914292732800000034769149  
Número do documento: 20110914292732800000034769149

Num. 36419267 - Pág. 4



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
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'agua, 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.**

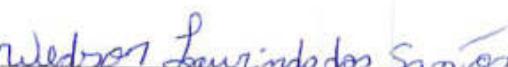
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 03/05/2019, POR VOLTA DAS 14H40MIN, ESTAVA TRAFEGANDO PRÓXIMO A FACULDADE FACENE, 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, 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



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

Num. 36419267 - Pág. 5



## 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: **Widson 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: **Widson Lourenço dos Santos** 6 - CPF: **057.588.734-62**  
 7 - Profissão: **Repositor** 8 - Endereço: **Rua Milton Madeiros da Mota** 9 - Número: **313** 10 - Complemento: **Bl. 26 Apto 101**  
 11 - Bairro: **Guararéma** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58068-390**  
 15 - E-mail: **(53) 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\$1.00 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**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivô)  Sim 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

**Widson Lourenço dos Santos**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Pregador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB - 58053-900

## 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/SE 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



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

Num. 36419267 - Pág. 8

 <b>CAGEPA</b> <small>COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA</small> <small>Rua Feliciano Címe, 220 - Jardim João Pessoa - PB</small> <small>CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67</small>		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO <b>MATRÍCULA</b>				
		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	Comercial	Industriais	Outros
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto	
Y12N22815	18/09/2012	EXT LAGR LIGADO			POTENCIAL	
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
997	1011	14	31	03/06/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
ABR/2019	12	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
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: 08:52:13			
DESCRICAÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA		RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,39 POR M3		10 M3	37,91	
ESGOTO				4 M3	19,56	
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: 1 INFORMAÇÕES GERAIS: SR. USUÁRIO: EM 31/03/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMARQUE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.						
 <b>CAGEPA</b> <small>COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA</small>		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](http://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, Domingos Valdemar da Silva

RG nº 2153 880, data de expedição 29/02/2016

Órgão SSD'S IPA, portador do CPF nº 039.485.925-38,

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Ricardo Soares de S. Neto, nº 360, complemento BL 3 APT: 202,

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

Wendson Lawvindo dos Santos, cujo o condutor era Wendson Lawvindo dos Santos.

Veículo: Honda/fit Modelo: YAHAMA /VXR 150 Ano: 2018/2019

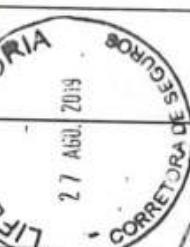
Placa: QSB-2384 Chassi: 9GGRG3150K0002674

Data do Acidente: 03/05/2019

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

Domingos Valdemar da Silva

Assinatura do Declarante



Wendson Lawvindo 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

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE NELSON LACERDA DOS SANTOS, [113100], J.Pessoa-PB, 13/05/2019 12:44:57 Fechado R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AIP27113-U9E Consulte em [selodigital.tjpb.jus.br](http://selodigital.tjpb.jus.br)

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

[www.cartorioceleida.com.br](http://www.cartorioceleida.com.br)

**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE NELSON LACERDA DOS SANTOS, [113100], J.Pessoa-PB, 13/05/2019 12:47:22 Fechado R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AIP27114-55VM Consulte em [selodigital.tjpb.jus.br](http://selodigital.tjpb.jus.br)



Dr .Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

RC

Dr. Anuar Murad Filho  
CRM-PB 8.742  
Médico - CRM-PB 8.742  
Av. Dr. João da Mata, nº 40  
v. Dr. João Pessoa - PB  
João Pessoa

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



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

Num. 36419267 - Pág. 11

WILSON, MURKIN, AND WILSON

J. ALASKA, 1990 (V.1)

卷之三：0.5V-400.0V

HG2w (00) 1

Journal of Aging Studies, 2013, 27, 103–113. © 2013 The Authors. Journal of Aging Studies published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Adressat: **Leiter des Betriebswirtschaftlichen Instituts** (BWL)

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2023.09.04.553936>; this version posted September 4, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a [aCC-BY-ND 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).

160 *Journal of Health Politics*

• 100 JMF 1993

1000000000

211826-001





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOALS

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

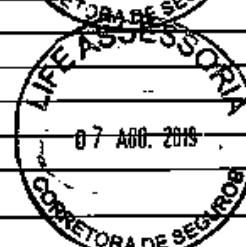
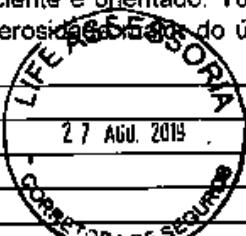
### AVALIAÇÃO INICIAL:

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 abdômen sem queixas. Solicitado TC de ombro direito. Evidencia fratura de tuberosidade lateral 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

27 AGO. 2019



### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade superior do úmero direito.

07 AGO. 2019

### TRATAMENTO:

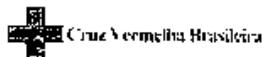
Imobilização da fratura.

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - 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 Casado
Mãe MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS	Pai NAO DECLARADO	Responsável, Parentesco VALQUIRIA LIMA DE BRITO - ESPOSO(A)
Escolaridade		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987191097	DDD Fixo 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3033446	NFC-e 988002763865622
Localidade procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade SANTA RITA	CEP 58058390
		UF PB
		Logradouro ALTON MEDEIROS DE MORAIS
	Complemento 26	Bairro GRAMAME

**Endereço**

CEP 58058390	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 placa 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 policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Transporte Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

**Sinais Vitais**

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

**Exames complementares**

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

**Dados clínicos**

Palpitação, dor lombar, referida dor em ambas as costas, mais à direita, dor nas costas, pega a mão e

**Diagnóstico**

Atendido por  
HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS

100  
Tempo  
01min 10seg

Imprimir

03/06/2019



**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Dir. / Baixa
<b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS</b>	1156257	03/05/2019 16:18:37	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Tel. para. de Contato
08/04/1984	35a 24d	Masculino	(83) 987191007
Mãe			Endereço
<b>MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26</b>	<b>GRAMAME</b>	<b>JOAO PESSOA</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>QUEDA / OUTROS</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ANTONIO VIEIRA DE MOURA</b>	<b>4371/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/05/2019 16:18:37		03/05/2019 16:47:37	

**Anamnese**

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTOCICLETA. HISTÓRICO DE DESMAIO. QUEIXA DE DORES EM OMBRO, BRAÇO DIREITO E PELVE. 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. ESCORRÃO 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 (MGTSM)

**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


 27 AGO. 2019

 ANTONIO VIEIRA DE MOURA  
 (4371/PB)


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

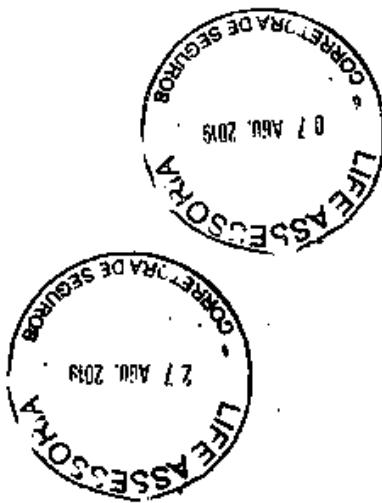


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:29:27

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

Número do documento: 20110914292732800000034769149

Num. 36419267 - Pág. 15



DR. LEO MARCOS SANTOS DE LIMA  
CRM 21702  
EXONARDO SOARES DE LIMA  
CRM 21702-3  
21702-3  
21702-3

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

**Em observação**

**Conduita**

**2. PARCERIA DA ORTOPEDIA**

**1. ALTA DA CIRURGIA GERAL**

**CONDUITA**

U.S.G. (FAST) = AUSENCGIA DE LÍQUIDO LARVE NA CAVIADA ABDOMINAL.

RADIOS X DE TORAX APPARENTEMENTE (ANOMALIA AUDIOPATOLÓGICO : SEU ALTERAÇÃO).

**CIRURGIA GERAL >**

**Anamnese**

Endereço	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESPECIE	DATA DE CADÚCIA	DATA DE REGISTRO
ALTON MEDEROS DE MORAIS, 26	19/05/1984	BRASIL	GRAL/AMM	03/05/2019 16:18:37	21702-3
ACIDENTE / OUTROS	MOTIVO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PROBLEMA	LEONARDO SOARES DE LIMA	21702-3
ACIDENTE / OUTROS	MOTIVO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PROBLEMA	JOAO PESSOA	21702-3
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS					

CNES: 6121221

TEL:

58031090

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

AREA VERMELHA

- - - - - DA PARALIA -  
- - - - - CVERNO

2020-09-11 14:29:27 - 2020-09-11 14:29:27



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	03/05/2019 16:18:37	O.º. Balcão
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	1160257			
Data de nascimento	Idade	Sexo		0.º. Balcão de Contato
09/04/1984	35a 24d	Masculino	898002753865622	(83) 987191007
Maria				P.º. Entrada
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS				
Endereço	Bairro	Nome		
AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26	GRAMAME	JOAO PESSOA		PG
Acidente	Motivo	Profissional		Int. 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 COLUNA VERTEBRAL

CD&gt; ALTA DA NEUROCIRURGIA

Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

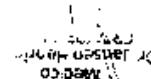
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

 RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
 (83) 987191007  
 6628/PB

 Ricardo Rodrigues da Carvalho  
 Neurocirurgico  
 03/05/2019


**ASSISTENCIAL HTOP**
**Endereço: RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N, JARDIM 13 DE MAIO JOAO PESSOA - PB, 58020670**
**Tel:**
**CNES: 1145623**

Paciente <b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS</b>	SAE 1160267	Data/Hora Entrada 03/05/2019 18:18:37	Data Baixa
Data de nascimento 08/04/1984	Idade 36a 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato: (83) 987191007
<b>Mãe</b> <b>MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS</b>			Prontuário
Endereço <b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>SAvio BRUNO SILVA BARROS</b>	Nº Cons. Registra- <b>5615/PB</b>
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 DEFCTIS 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)


Boleto registrado por: HUGO WENÉO PÉREIRA DOS SANTOS em 03/05/2019 18:19:47



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

Num. 36419267 - Pág. 18

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS</b>	BAE 1160257	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:18:37	Data Baixa
Data de nascimento 08/04/1984	Idade 35a 25d	Sexo Masculino	CNS 898002753865622
Mãe <b>MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS</b>			Telefone da Família (83) 987191007
Endereço <b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 28</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Reg. ... <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:18:37		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 22:22:36	

**Anamnese**

DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA

COM DOR AO EXAME FÍSICO DE OMBRO D POREM SEM LIMITAÇÃO DE ADM

SEM DEFCTIS 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)


Boletim 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

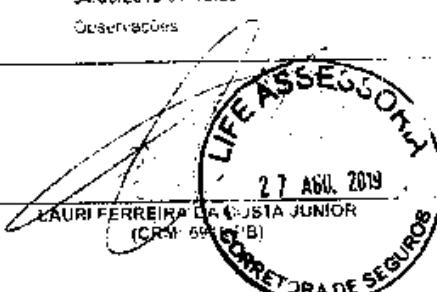
Num. 36419267 - Pág. 19

**AREA AMARELA**
**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090**
**Tel: 32165700**
**CNES: 454554**

Paciente <b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS</b>	<b>BAE</b> <b>1160257</b>	Data/Hora Entrada <b>03/05/2019 16:18:37</b>	Data Baixa <b>2019-05-04 01:18:09:0</b>
Data de nascimento <b>09/04/1984</b>	Idade <b>35a 25d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>1898002753865622</b>
<b>Mãe</b> <b>MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 26</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/05/2019 16:37</b>		Data Hora Prescrição <b>04/05/2019 01:18:12</b>	

**Anamnese**
**DOR EM OMBRO DIREITO APOS TRAUMA**
**COM DOR AO EXAME FÍSICO DE OMBRO D POREM SEM LIMITAÇÃO DE ADM**
**SEM DEFCTIS NEUROVASCULARES**
**RX : FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR**
**TC : FRATURA 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****
**Data e Hora  
**04/05/2019 01:18:09****
**Observações**
**Motivo de Alta  
**ALTA MÉDICA****
**WEDSON LAURINDO DOS SANTOS**


**LIFE ASSESSORIA**  
27 AGO. 2019  
**LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR**  
(CRM-6918/PB)

*PA: BXSDm118  
Glicemica 136 mg/dL*



**LIFE ASSESSORIA**  
07 AGO. 2019  
**CORRETORA DE SEGUROS**

**Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS - 03/05/2019 16:18:47**

**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**
**Num. 36419267 - Pág. 20**

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Listagem	120-05-04 03:00:19,0
WEDSON LAURINDO DOS SANTOS	1160267	03/05/2019 16:18:37	
Data de nascimento	Idade		
09/04/1984	35a 25d	Sexo	Homem
		Masculino	53-967191067
Mês			
MARIA JOSE LAURINDO DOS SANTOS			
Enderapp	Bairro	Classificac	
AILTON MEDEIROS DE MORAIS, 25	IGRAMAMÉ	JOAO PESSOA	PE
Acedente	Motivo	Pront. Clínico	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	NICOLE SUZANNE DEBAUDT	51-6191067
Data/Hora Classificação		Data/Hora Previsão	
03/05/2019 16:18:37		04/05/2019 03:01:05	

**Anamnese**

paciente apresentando mal estar ao receber alta: comprova APRESENTOU MELHORIA APÓS 48H DE TRATAMENTO EV  
 CD: ALTA

**Conduta**

Alta médica

**Alta Hospitalar**

Usuário	Data e Hora
NICOLE SUZANNE DEBAUDT	04/05/2019 03:00:19
Motivo de Alta	Observações
ALTA MEDICA	PACIENTE RECEBEU ALTA DA ORTOPEDIA E APRESENTOU HIPOTENSÃO APRESENTOU MELHORIA APÓS 48H DE TRATAMENTO EV

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

NICOLE SUZANNE DEBAUDT

1276.92



Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS - 09/05/2019 14:19:47



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

Num. 36419267 - Pág. 21



Parecer Médico

<b>Nome</b> <b>WEDSON LAURINDO DOS SANTOS</b>	<b>Idade</b> <b>35A 24D</b>	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> <b>1160257</b>	<b>Data de Entrada</b> <b>03/05/2019 16:18:37</b>	<b>Data Internação</b> <b>Permanência na Unidade</b> <b>3h 31min</b>
<b>Convênio</b> <b>SUS</b>	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> <b>CIRURGIA GERAL</b> <b>Permanência no Leito</b>
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> <b>ORTOPEDIA</b>	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> <b>TRAUMATISMOS DE BRAÇO E OMBRO D + JOELHO E</b>	<b>Data da Solicitação:</b> 03/05/2019 19:49:04	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	

*Dr. Laurindo Santos da Costa  
CIRURGIA GERAL/USC/SEC/CS/SEC  
CRM 270194*





PatientID: 000000094872  
PatientName: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

Sex: Masculino  
BirthDate: 09.04.1984  
Age: 35a.



StudyDate:07.06.2019

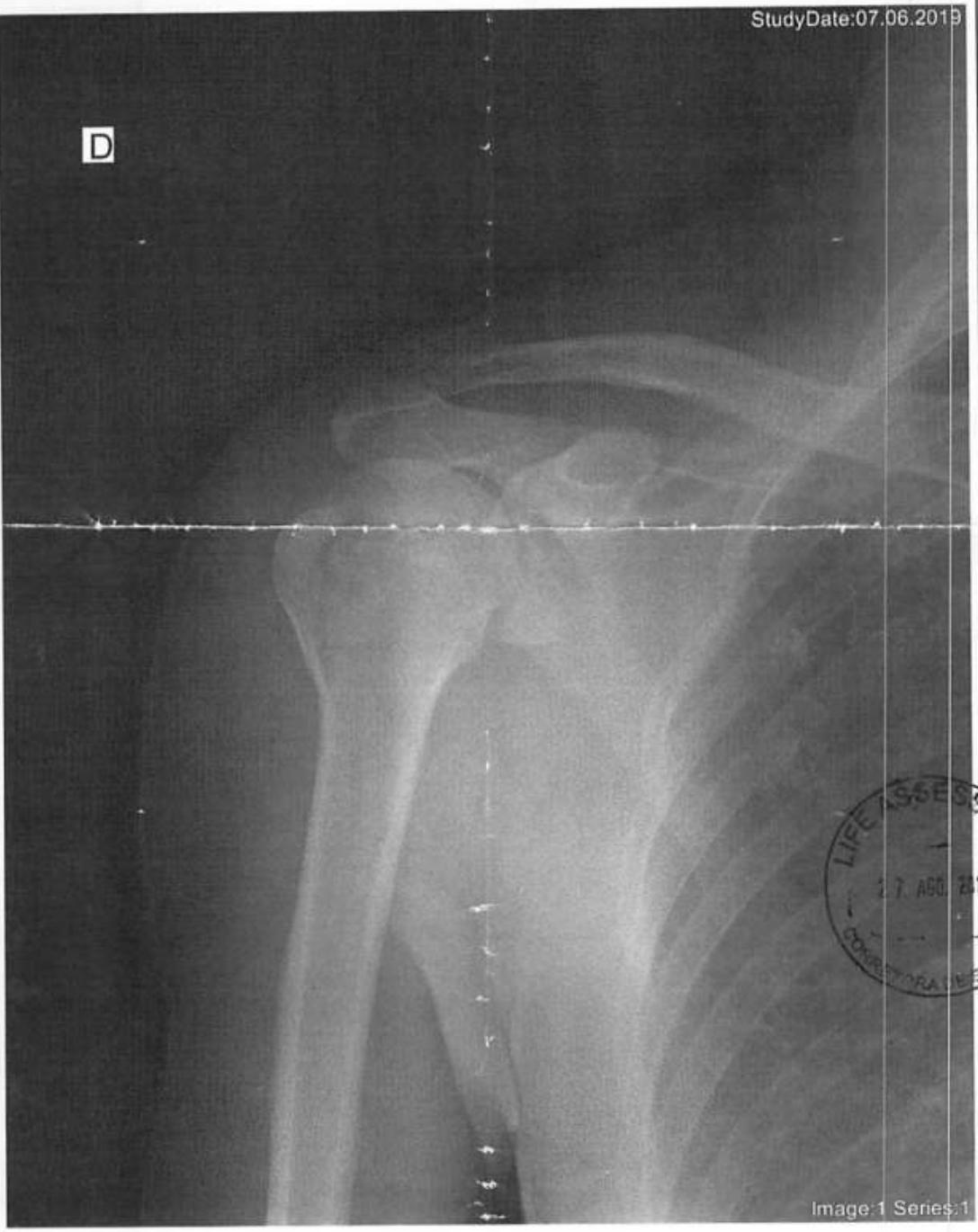


Image:1 Series:1

HTOP



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

Num. 36419267 - Pág. 25

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: WEDSON LAURINDO DOS SANTOS Móvel do Atendimento: Convenio SUS		Data de Nascimento: 09/04/1984 Endereço / Leito: Matrícula	Idade: 35a 24d Sexo: MASCULINO Nº Prontuário: 1160257	Data Prescrição: 03/05/2019 16:47:37 Validade da Prescrição: 03/05/2019 16:47:00 - 04/05/2019 16:47:00
			Data da Entrada: 03/05/2019 16:18:37 Matrícula	Data da Internação: 03/05/2019 16:18:37 Fornecedora na 29mnl Senta
				Permanência no Apresentação
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de uso
<input checked="" type="checkbox"/> CETOPROFENO 100 MG		10	MG	E.V.
<input checked="" type="checkbox"/> SORO ANTITÉMICO 6.000UI (AMPOLA 2 SMU)		10	ML	INFRAMUSCULAR
				Reimpresão Che

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de uso
<input checked="" type="checkbox"/> CETOPROFENO 100 MG	10	MG	E.V.
<input checked="" type="checkbox"/> SORO ANTITÉMICO 6.000UI (AMPOLA 2 SMU)	10	ML	INFRAMUSCULAR
Reimpresão Che			

Assinatura e Carimbo do Profissional

ANTONIO VIEIRA DE MOURA  
CRM 4371





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 iodata 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 amorfó, 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. Phydiás L. F. de Carvalho**  
CRM 6933 - PB



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 parenquimatosa relacionadas ao trauma.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrasound dentro dos padrões normais.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínicos liberação de critério clínico.

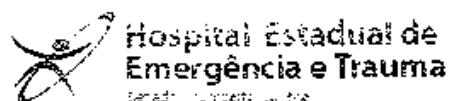


Este laudo foi liberado em 03/05/2019 17:22



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





Atendimento: 201932068266

Data Nasc: 09/04/1982 - 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 anatomicamente.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, suspeito 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





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

Num. 36419267 - Pág. 31

RECEBEREIS 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

J G M COMÉRCIO DE MOTOS E VEÍCULOS LTDA.		DANFE		 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA CHAVE DE ACESSO 2519 0421 5146 4900 0362 5500 1000 0078 8217 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.007.882 SÉRIE: 1 FOLHA 1 / 1	
RUA JOSEFA TAVEIRA, 22 MANGABEIRA, 58055-000 JOÃO PESSOA-PB FONE/FAX: 83-35068500/ 83-35068500 WEBSITE: <a href="http://www.jampamotos.com.br">www.jampamotos.com.br</a> E-MAIL: jampamangabeira@hotmail.com		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizada			
MATRÍCULA DE OPERAÇÃO <b>VENDA VEÍCULO 0 KM</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>16.279.544-0</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>325190007216938</b> 05/04/2019 08:43:58			
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / PÁSSO SOCIAL <b>DAMIAO VALDEMAR DA SILVA</b> ENDEREÇO <b>RUA RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, SN</b> MUNICÍPIO <b>JOÃO PESSOA</b>		CNPJ / CPF <b>039.485.924-38</b> RAZÃO / PESSOAL <b>GRAMAME</b>		DATA DE EMISSÃO <b>05/04/2019</b> CNPJ <b>58068-370</b> DATA DA ENTRADA / SAÍDA HORA DA ENTRADA 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 VALOR DO FRETE VALOR DO FRETE					
0,00 0,00		VALOR DO ICMS 0,00 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00 0,00	
VALOR DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 10.690,00 10.690,00	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / PÁSSO SOCIAL <b>Destinatário</b> ENDEREÇO MUNICÍPIO					
QUANTIDADE 1		CÓDIGO ANTT 1		PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF PB	
UNIDADE UN				INSCRIÇÃO ESTADUAL PB	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS CÓDIGO PROD. YAMAHA YBR 150 FACTOR VERSÃO ED					
DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS YAMAHA YBR 150 FACTOR VERSÃO ED		N° Motor.....: 03062-015879 Relevam.....: 000636		Marca / Modelo: YAMAHA/YBR 150 FACTOR VERSÃO ED Especifica.....: PASSAGEIRO Combustível...: GAS/ALC	
Cilindradas...: 0149 CMG iforque: 12,2 Tipo Veículo: MOTOCICLETA		NF.....: 9 Placa.....: Tipo Pintura: Góldia		Serial (Série): 000002674 Distância entre eixos (mm): 1.02 Ano Fab/Mod...: 2010/2019	





## IDENTIFICAÇÃO

Vítima Widson Souza de Souza  
 DATA DO ACIDENTE 03/05/2019 CPF DA VÍTIMA 054.588.131-62  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Widson Souza de Souza  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Alton Niedelius de Melo, 20  
 Nº 313 COMPLEMENTO BL 26/ATP 103 BAIRRO Quonamme  
 CIDADE Jacó Pessoa UF PB CEP 59048-310  
 E-MAIL TELEFONE (83) 99192-3028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 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 / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 15.300,00  
 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.  
 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransporte.com.br](http://www.dpvatsegurodotransporte.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## 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 MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/05/2019  
 IDENTIF. 30.334.6

RESPONSÁVEL PELO REEMBOLSO NA SEGURODA  
 DATA 21/05/2019  
 NOME Corretora de Seguros



## 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** APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU FÍSICO: MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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** APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM GRAU FÍSICO: MÉDIO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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 médica-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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WEDSON LAURINDO DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

