

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P6 7; 22 À 24

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P6 7; 22 À 24

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Williames Lima da Silva, CPF 237.784.747/2 RG
2872309, intercalada neste ato representado
por sua curadora Maxineide dos
Santos Vianna, brasileira, R. 7326205/PB
CPF 27475062415, ambos residentes a Rua José
Macedonio 65, São Bento, Bayeux/PB.

OUTORGADA(S): JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA FERRER, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA, inscrita no CNPJ sob o nº 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Seção do Estado da Paraíba, sob o nº 276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), telefone (83) 3222-1088 são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo minhas procuradoras, as outorgadas acima qualificadas, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo às outorgadas poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, **podendo substabelecer** e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima

Williames Lima da Silva

João Pessoa, 09 de Dezembro de 2019.

Maxineide dos Santos Vianna
OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-027194
Foi reconhecido por assinatura a firma da:

MARINEIDE DOS SANTOS VIANNA

CPF nº: 274.750.624/15, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, inscrita na Ordem dos Advogados, Seção do Estado da Paraíba, sob o nº 276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), telefone (83) 3222-1088

SELO DIGITAL: A1L81347-0053

Validade digital em: <https://portal.trf4.jus.br>

JOSE FRANCISCO DA SILVA - RECONHECIMENTO

JOSE FRANCISCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167579/19

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

CPF: 237.784.744-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: WILLAMES VIANA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WILLAMES VIANA DA SILVA : 237.784.744-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

WILLAMES VIANA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686193

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686193

Vítima: WILLAMES VIANA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARINEIDE DOS SANTOS VIANA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000031484-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WILLAMES VIANA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.309 2º V. EXPEDIDO POR SSOS - PG EM 10/11/16 ECPF (277784944-7) / CNPJ 000000000-00000000 (), PROFISSÃO MECANICOE RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILLAMES VIANA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta Informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

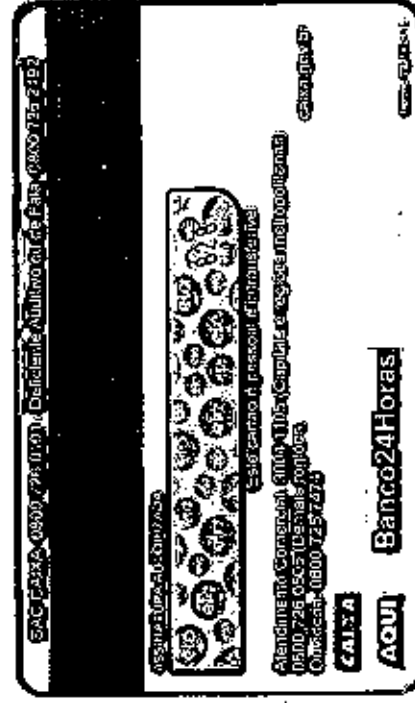
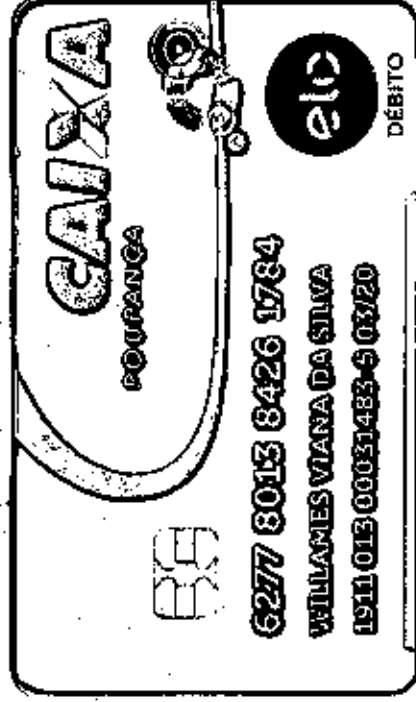
Nº do BANCO 0709 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31483-5
01-013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jairo Pessoa 07 de MAIO de 2019 Willames Viana da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Imo. 2019



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 03182.01.2019.1.00.401

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

Dados do(s) Fatos:

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 10/01/2019 por volta das 10:00 horas quando transitava na garupa, pela Av. Sanhauá, Varadouro- João Pessoa-PB; com o veículo tipo SHINERAY XY 50 Q ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFR1908/PB CHASSI: LXYXCDL0XD0381062 pertencente ao Sr. José Humberto de Souza Ferreira; Que segundo o mesmo vinha na garupa da moto na Av. Sanhauá quando a moto estava parada no sinal vermelho e foi abalroada por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local, QUE devido ao fato o declarante veio a cair e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU - conforme declaração de nº 902/010 - ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Governador Tarcísio Burity onde foi diagnosticado FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo DR. CLÉCIO LOPES CRM 9187-PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

WILLAMES VIANA DA SILVA
Noticiante

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Cândido Pessoa, 21 - CEP 53011-000 - João Pessoa/PB
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa/PB
www.toscanodebrito.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 06/05/2019 14:17:07
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
(2019-005739) ESCR: R\$ 2,48 FARPEN: R\$ 0,27 FEP: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIB34916-IMCO
Confira a autenticidade em <https://selodigital.toscanodebrito.com.br>

RECEBIDO
09 MAI 2019
Seguradora Líder DPVAT

Procedimento Policial: 03182.01.2019.1.00.401

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINEIDE DOS SANTOS VIANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000031484-3

Nr. da Autenticação 3A3883024CF2F97F



Policlinica
Jaguaribe
A Policlínica de Sua Família

A Policlínica de Sua Família

ESPECIALIDADES

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

willians viada de silva

de

antrolcons - 1 u

1 di

12-12-20

2 x 25

08

11

u

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 18.74
Clínica de Reumatologia

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



Policlinica
Jaguaribe
A Policlínica de Sua Família

A Policlínica de Sua Família

ESPECIALIDADES

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

willians viada de silva

de

saiente- bento
da cd 10: 793.2 +
MIGI NO TUXNOZEU
ESQUERDO, COM OSTEOS-
SIORSE COCA OBUS-
LEUCAR, E BEM E
SOL, EVAS'COSS' - MIE-
MTERE, DUS ALIEM-
MTOEISTIL, LINTREZ
FUNDAL INPATITE' de-
CAMMTE' - 2 de - 2 u -
u

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 18.74
Clínica de Reumatologia

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

81 Wilfranes Viana da
Silva

Prescrição

① Dipirona 5g — 02 cps.
Tomar o cp vo 6/h.
se dor.

02/09/19.

Dr. Luciano Conras do Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia

[Signature]

Policlínica Roger

Aferido médico

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

Ao Rx: apresenta artrose
femorotalar @.

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

CE: M19.1+T93

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

Luciano Gomes de Figueiredo
Fonofonoaudiólogo

R Policlínica
Roger

Wilfranes viaua da b'eva

poli cifo

- 14 TNZ (E) AP 17



02/09/19

Dr. Luciano Gomes da Figueiredo
Especialista em Traumatologia
CRM-PB 9128

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



81 Wilfrances Viana da
Silva

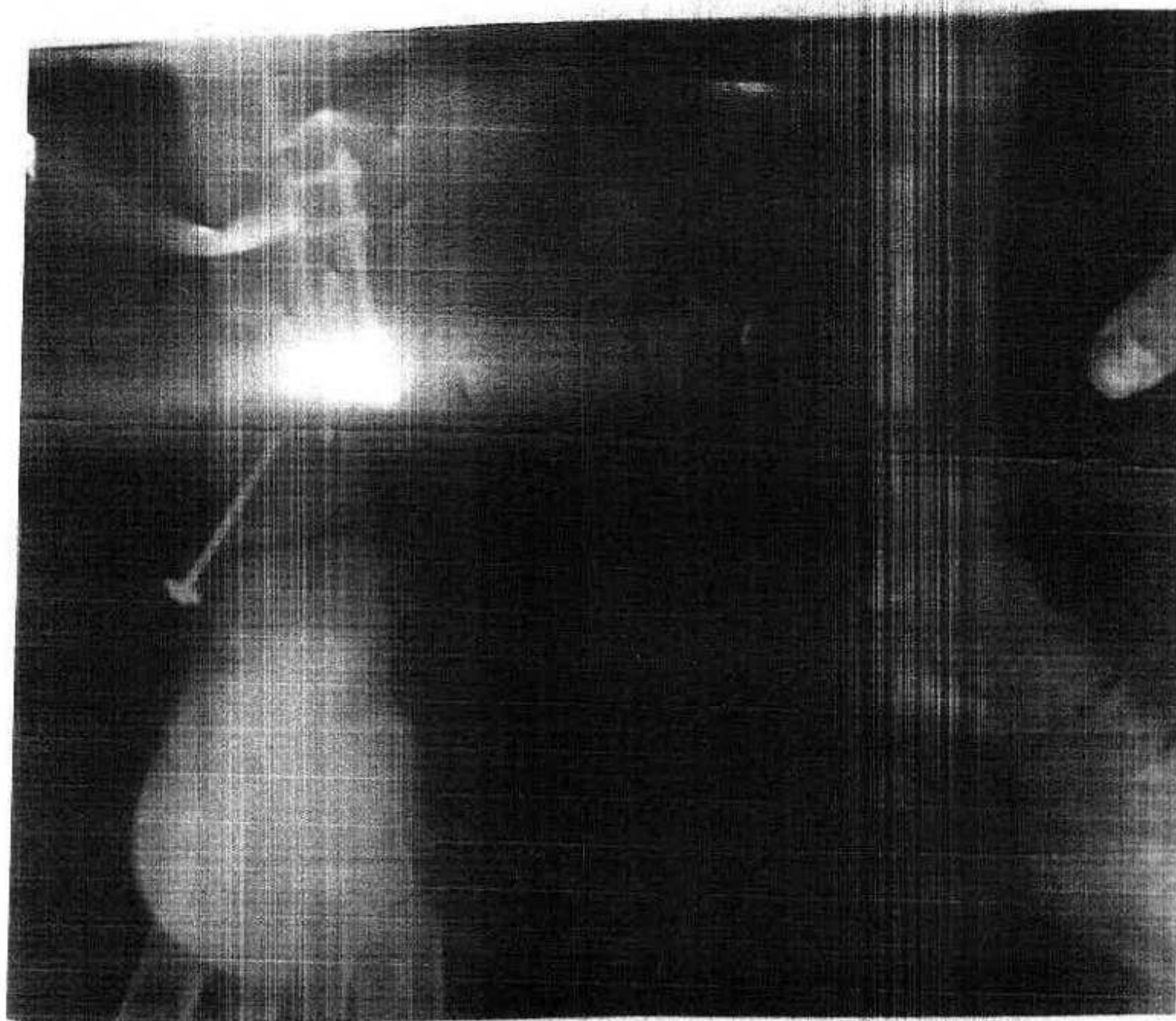
Prurido

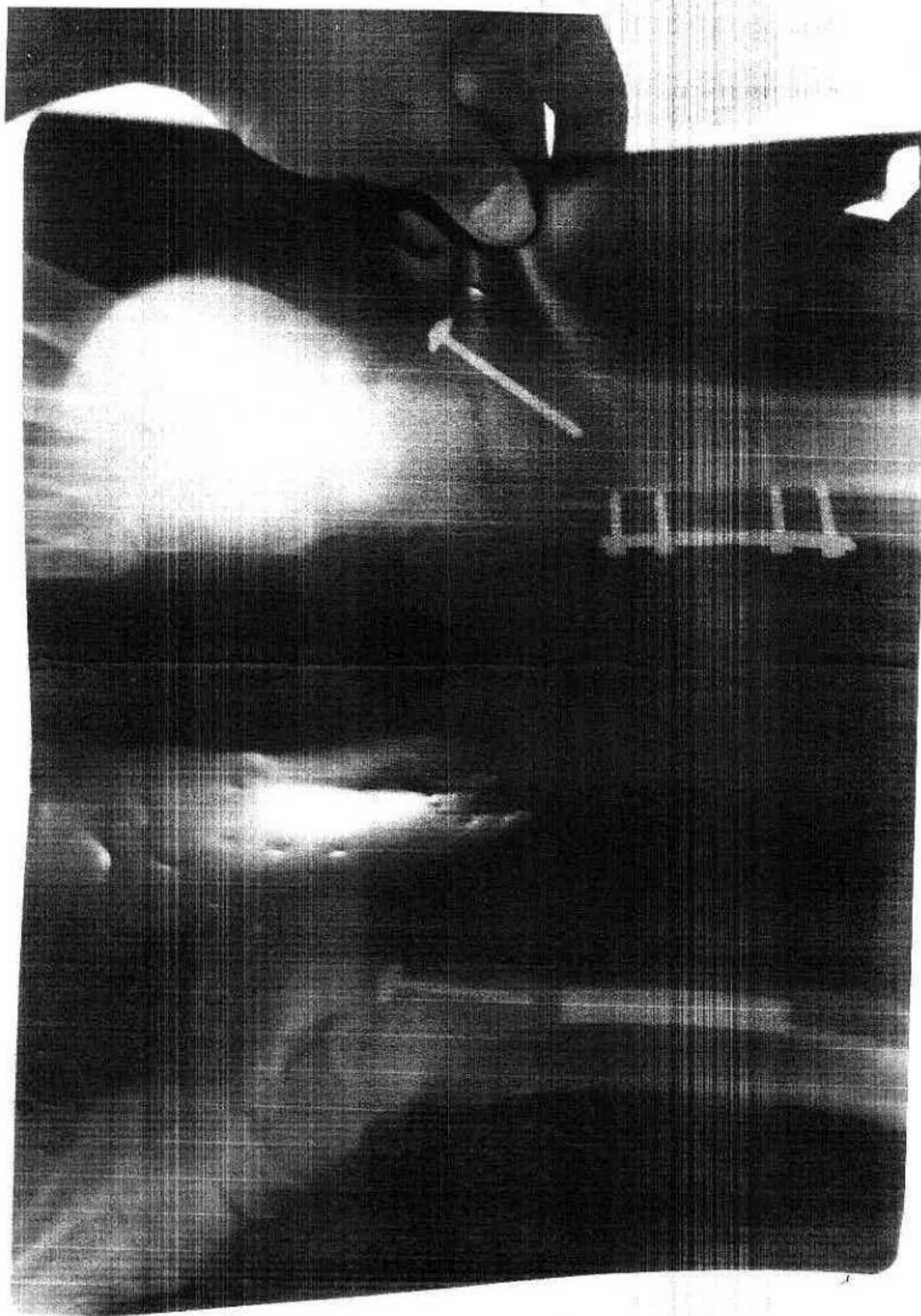
① Dipirona 500 — 02 cps.
Tomar o cp vo 6/h.
se der.

02/09/19.

Dr. Luciano Cortes de Figueiredo
Ortopedista Traumatologista
CRM 12.329

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







RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

William / nome
Shae
LUDO

Permit o produto
de fratura torço
Enfermo 02/02/19
opun te edema
e tor lomb.

Devero- realgar
finitero pie motore
CID: S82.6

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM: PB 9187/SBOT:13144

Assinatura e Carimbo



DECLARAÇÃO MÉDICA

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

João Pessoa, 25-01-2019

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PA 11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: AO INSS

Paciente Wiffamer
Viana da Silva,
59 anos, apresenta
artrose fibrocartilaginosa
e história de
fratura bivaletar da
C1 R5F1 há 12 meses
e boa consolidação.

CID: M19.1
S82

14/08/19

Assinatura e Carimbo

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1228



SAMU
192

REGIÃO JOÃO PESSOA

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Requerimento Nº

900.010
SAMU 192 JP

NOME DO PACIENTE: William da Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO DA CERTIDÃO: 08 / 01 / 19

Assinatura do R

ligar após 2 dias uteis para saber o prazo para entrega da declaração

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP.: 58.053-900 – João Pessoa – PB

Tel.: (83) 3218-9242 / 3218-9125 Fax: (83) 3218-9128

e-mail: samesamujp@gmail.com



DECLARAÇÃO MÉDICA

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

João Pessoa, 25-01-2019

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

William / Siqueira

Slack

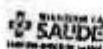
LUVO

Paciente operado
de fratura torço
Exame de 02/02/19
operante estom
e for local

Deverá realizar
fisioterapia para membros
C10: 582.6

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

Assinatura e Carimbo



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: _____

WILLIAMS VIANA DA SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 02/02/2019

Nº PRONTUÁRIO: 2019.01.003214

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESC.

PROCEDIMENTO: _____

OSTEOSSINTESE TORNOZELO ESQ

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Dr. Clelio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Mão
CRM-PE 22187/SBOT:1314

Luciano

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/03/2019	CLÉCIO LOPES (FOLHAS)		
	<i>(Folhas)</i>		
13/03/19		07:00	
<i>Abundância</i>			
13/04/19		07:00	
14/08/19		07:00	



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03182.01.2019.1.00.401

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

Dados do(s) Fatos:

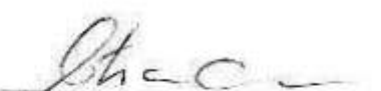
Local: Av. Sanhauá, Sinal Em Frente a Estação de Trem da Cbtu., João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/01/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

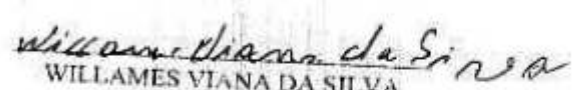
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

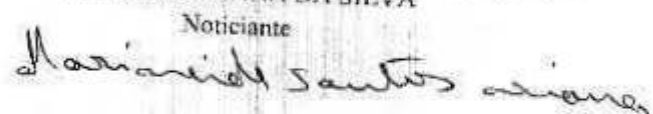
QUE, segundo a declarante no dia 10/01/2019 por volta das 10:00 horas quando transitava na garupa, pela Av. Sanhauá, Varadouro- João Pessoa-PB, com o veículo tipo SHINERAY XY 50 O ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFR1908/PB CHASSI: LXYXC/DL0XD0381062 pertencente ao Sr. José Humberto de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

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


WILLAMES VIANA DA SILVA
Noticiante


Marivaldo Santos



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME WILLIAMS VIANA DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº 2019.01.002214	
IDADE 59 A	SEXO M	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 19/01/2019		DATA DE ALTA 03/02/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES RADIOGRAFIA					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☐ NÃO			COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador de lesão LCA joelho foi internado para realizar reconstrução artroscópica de LCA em Joelho. Realizou cirurgia na data de , sem intercorrências. Segue de alta com medicação oral (tramadon e buprenorfin).					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... REPOUSO: Paciente deve manter imobilização até retorno Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA: Tramadon Retard e Buprenorfin (por 03 dias) RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.					
03/02/2019		DATA ASS. MÉDICO / C.R.M.			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPREGOS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Clelio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/ISBOT/13144

P/WILLIAMS VIANA DA SILVA

Laudo Médico

Paciente, portador de
FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQ

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

CID: S82.6

DATA: 03/02/2019

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortodontista / Cirurgia de Jato
DR. CLÉCIO LOPES
CRM 9187-PB / SBOT 13.144

P/ WILLIAMS VIANA DA SILVA

Laudo Médico

Paciente, portador de
FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQ

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

CID: S82.6

DATA: 03/02/2019

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortodontista / Cirurgia de Jato
DR. CLÉCIO LOPES
CRM 9187-PB / SBOT 13.144



DECLARAÇÃO MÉDICA

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

João Pessoa, **25-01-2019**

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PP-11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

William Nogueira

Slack

14000

Paciente operado
de fratura torçã
Enfermo 02/02/14

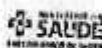
operante eferia
e for local.

Deverá realizar
fisioterapia motora.

CID: S82.6

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/ISBOT:13144

Assinatura e Carimbo



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: _____

WILLIAMS VIANA DA SILVA

DATA DO ATENDIMENTO: 02/02/2019

Nº PRONTUÁRIO: 2019.01.002214

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: FRATURA BIMALÉOLAR TORNOZELO ESQ.

PROCEDIMENTO: _____

OSTEOSSINTESE TORNOZELO ESQ.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Dr. Clelio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Mão
CRM 22.3187/SBOT:1314

Luciano

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/03/2019	CLÉCIO LOPES (FORIAS)		
	George AUGUSTO		
13/03/19		07:00	
13/04/19		07:00	
14/08/19		07:00	



DECLARAÇÃO MÉDICA

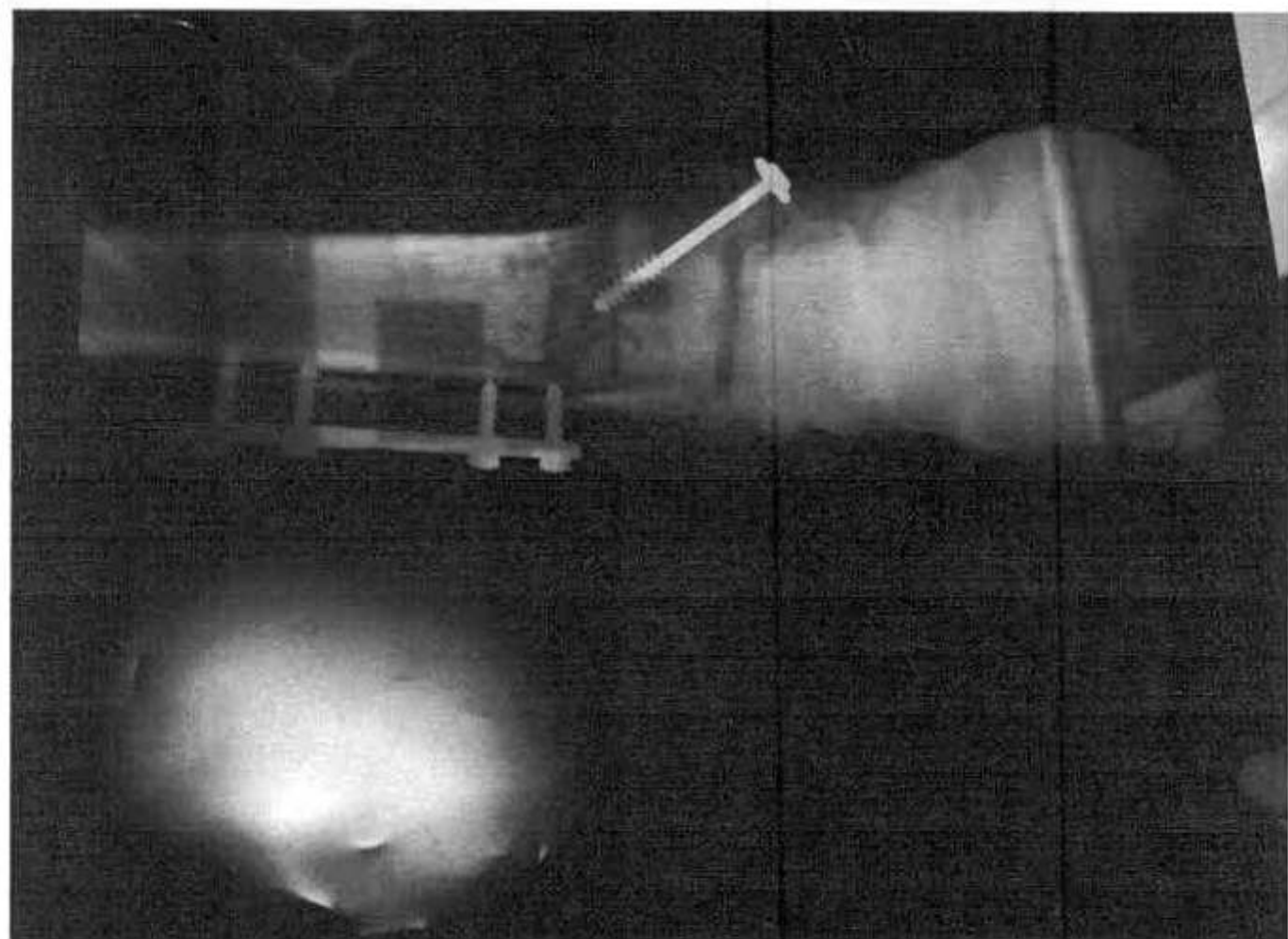
Declaro para os devidos fins que se fizer necessário que, o (a) Sr.(a) WILLAMES VIANA DA SILVA portador(a) da identidade RG _____, deu entrada no Complexo Hospitalar Mangabeira em 19-01-2019 onde se encontra internado até a presente data aguardando a realização de tratamento cirúrgico devido a patologia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

João Pessoa, 25-01-2019

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11125

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

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









CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PERNAMBUCO
Rua Felício de Almeida, 220 - Jaqueira de João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SEVERINO DE OLIVEIRA VIAN

RUA JOSÉ MACEDONIO, 65 - SÃO BENTO RAYEUX PB

58305-000

Inscrição

Quantidade de Economias

DEBTRIN

CONTRIN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427025986
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT: 2015000053454316
0107431501 00/00000000 2015

JOSE HUMBERTO DE SOUZA FERREIRA

05211257467

QFR1908/PB

NOVO PB LXXYCDLOXD0381062

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

GASOLINA

I/SHINERAY XY 50 Q

2012

2013

2 P/49 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA ISENTO

00/00/0000

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IPF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

14346

08/01/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORIL DE VIA PUBLICA SEM VINCULO A CARGA APESAR DE
TRANSPORTAR PESSOAS OU BENS DE TERCEIROS

PB Nº 012427025986 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015

08/01/2016

05253257467

QFR1908/PB

0107431501

I/SHINERAY XY 50 Q

2012

9

LXXYCDLOXD0381062

PRÊMIO TARIFÁRIO

IPF (R\$)

DENATIAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IPF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTRGA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

40533-0903039-20160108



08/01/2016



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 079/2019

Exame Requisitado: **Traumatológico**

João Pessoa, **21/03/2019**

Ao Senhor

Gerente Executivo

Gerência de Medicina e Odontologia Legal

IPC-PB

Laudos do IML - Lesões corporais



Assunto: Requisição de Exame Traumatológico

Senhor Gerente

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

Delegacia Especializada em Acidente de Veículos

NOME: WILLAMES VIANA DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

NATURALIDADE: BAYEUX-PB

IDENTIDADE: CPF. 237.784.744-72

FILIAÇÃO: GERALDA DE OLIVEIRA VIANA e de ENEDITO VIANA

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1959 IDADE: 59 anos

ESCOLARIDADE: ---

PROFISSÃO: MECÂNICO

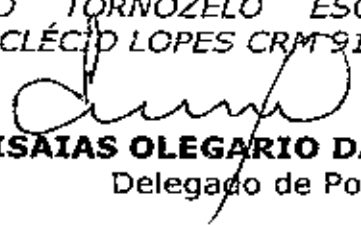
ESTADO CIVIL: CASADO

ENDEREÇO: RUA JOSÉ MACEDONIO, 65, BAIRRO SÃO BENTO, BAYEUX-PB

TELEFONE: 83-98871.3511

DATA E HORA DO FATO: 19/01/2019 às 10:00 horas

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


ISAIAS OLEGARIO DA SILVA
Delegado de Polícia Civil



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

COMPLEMENTAR



03.01.07.112019.30517

WILLAMES VIANA DA SILVA

Órgão Requisitante: DAV

Dr(a):

Remeter para: DAV

Dr(a): Marcos Antonio Vasconcelos



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

C: 658619 Laudo nº: 03.01.07.112019.30517

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Sanidade física

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

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

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

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

QUESITOS:

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

Dra. Sarah Vinagre
Médica
CRM-PB 6689

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



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 418/2019

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

João Pessoa/PB, 20/11/2019

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

C-658619

Assunto: Requisição de Exame

Senhor Gerente

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

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

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

Referência: Certidão de Registro de Ocorrência nº 03182.01.2019.1.00.401

[Assinatura]
MARCOS ANTONIO VASCONCELOS
Delegado de Polícia Civil

20-30512