



Número: **0832484-28.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/06/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32188786	09/07/2020 11:31	<a href="#">2732412_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR  
E ARTEFATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**PB**

NOME: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR: 2559596 8808 PB

CPF: 052.782.024-59 DATA NASCIMENTO: 25/10/1983

RESIDÊNCIA: SETIM DA CRUZ

PERMISSÃO: ACC: CATIA: A

Nº PORTO: 05297939859 VALIDADE: 27/10/2021 1ª INSERÇÃO: 08/02/2017

OBSERVAÇÕES:

*Wellington Francisco da Cruz*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 16/02/2018

*[Assinatura]* 22570167644  
ASSINATURA DO EMISSOR PB036288661

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1633680584

PROIBIDO PLASTIFICAR 1633680584



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDREA NUNES DE OLIVEIRA CRUZ,  
RG nº 2.500.543, Data de Expedição: 1/1, Órgão: \_\_\_\_\_,  
Portador do CPF nº 012.572.634-12, com domicílio na cidade de  
JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA,  
onde resido na (Rua/Av./Est.) RUA DA PAIXÃO,  
nº 154, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,  
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ,  
cujo o condutor era WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ,  
Veículo: PAS / MOTOCICLETA  
Modelo: JTA / SUZUKI ENI125 YES  
Ano: 2008  
Placa: NKB - 1478 - PB  
Chassi: 9CDNF41LT9M286412  
Data do Acidente: 19/12/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA - PB, 20/03/2018



Andrea Nunes de Oliveira Cruz  
Assinatura do Declarante

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **WELLINGTON FRANCISCO NA CRUZ**, inscrito (a)  
no CPF sob o Nº **052.782.024-59**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
**WELLINGTON FRANCISCO NA CRUZ**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **052.782.024-59**,  
conforme determinação da Circular Susep 445/12,

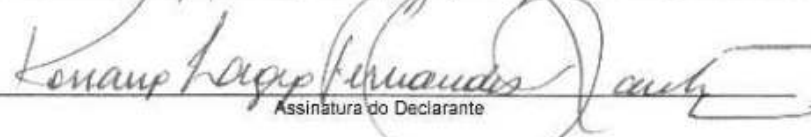
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>		Número: <b>200</b>	Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>TIMBÓ</b>	Cidade: <b>ABREU E LIMA</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>53520170</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD): <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD): <b>(81) 98721.5834</b>

**Abreu e Lima/PE 09 de Abril de 2018**  
  
Assinatura do Declarante





ROSSANA

CHeguei sua fatura da Oi.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

FATURA DE  
**JAN/2018**  
CÓDIGO MINHA Oi  
40176979229-

VENCIMENTO  
**02/02/2018**  
Emissão em 15/01/2018  
Período de 13/12/2017 a 13/01/2018

VALOR  
**454,89**



CTC CORREIOS  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
JOAQUIM NABUCO 200  
TIMBO  
53520-170 - ABREU E LIMA - PE



7200039896 00000 000000000000 10 150118

RECEBA ESTA  
CONTA DO  
JEITO MAIS  
PRÁTICO.



Minha Oi é a conta online  
que você acessa pelo site  
ou pelo aplicativo Oi Móvel.

## SERVIÇOS UTILIZADOS

<b>OI TOTAL</b>	<b>240,89</b>
<b>OI MÓVEL</b>	
+ Pacotes Adicionais do Móvel	39,00
<b>OI FIXO</b>	
<b>OI INTERNET</b>	
<b>OI TV</b>	
+ Pacote Adicionais de TV	0,00
<b>TOTAL DE MENSALIDADES</b>	<b>279,89</b>
Alem disso, você...	
realizou chamadas de longa distância	149,30
utilizou outros serviços Oi	19,90
<b>SUBTOTAL</b>	<b>449,09</b>
Multa e juros	6,80
<b>TOTAL DA SUA FATURA</b>	<b>454,89</b>

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 894.647.884-00  
NÚMERO DO CLIENTE: 2808978559  
NÚMERO DA FATURA: 875756438  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40176979229-

CÓDIGO MINHA Oi  
**40176979229-**

[www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)  
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,  
conta detalhada, histórico de consumo e  
muito mais.

## ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses

Jan 2018	454,89
Dez 2017	289,51
Nov 2017	190,58

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e  
avise: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao  
mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial,  
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais  
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de  
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será  
cobrada normalmente de acordo com os valores  
contratados, pois ela continua apta a receber  
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos  
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa). 30 dias  
após a Suspensão Total.



CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

FATURA DE  
JAN/2018

VENCIMENTO  
02/02/2018

VALOR  
454,89

DÉBITO AUTOMÁTICO  
40176979229-

OI MÓVEL S.A.

St. Sinal Comercial Norte City - Assis Norte  
Basiléia - DF CEP: 70700-000  
(61) 3041-8000 (0800 000 0000)

84680000004-0 54890113280-1 89785590875-1 75643800000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:31:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911311137900000030845317>

Número do documento: 20070911311137900000030845317

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ CPF da Vítima 052.782.024-59 Data do Acidente 19.12.2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Suelio Moreira Torres de Atip de 2018  
Local e Data

X WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DAL1.001 V001/2017







434835

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00540.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00540.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:37 horas do dia 20 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wellington Francisco da Cruz**, CPF nº 052.782.024-59, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Selma da Cruz e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iaiá Paiva, Nº 154, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Mais Utilidades, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-9285.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Rua Iaiá Paiva X Rua Júlio Coutinho da Silva, Perto do Mais Utilidades, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/17 17:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA JTA/SUZUKI EN125 YES, PRETA, 2008/2009, PLACA NKB1478/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M286412, registrada em nome de ANDREA NUNES DE OLIVEIRA, pela Rua Iaiá Paiva quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Júlio Coutinho da Silva foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT FREEMONT, PRETO, PLACA OEY0385/PB, conduzido por LANDER ALVES, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0335/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 28.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veículo particular pelo próprio condutor do FIAT FREEMONT; Que apenas o noticiante machucou-se no ocorrido; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 20 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Noticiante



Procedimento Policial: 00540.01.2018.1.00.420



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Nº Sinistro: 3180171287  
Vítima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Data do Acidente: 19/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180171287**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01029/01030 - carta\_04 - INVALIDEZ

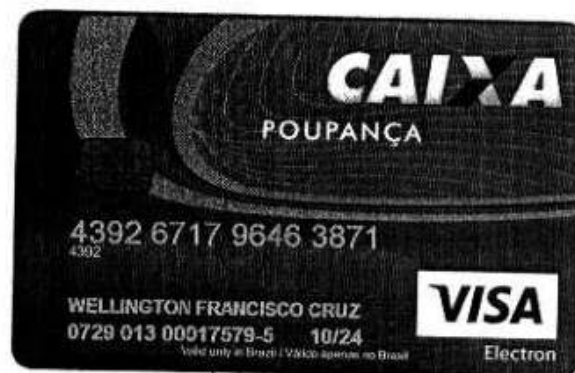


Carta nº 12768444









Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Nº Sinistro: 3180171287

Vítima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180171287**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12674942

Pag. 01451/01452 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020726



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: PORTEIRO

Identidade: 2.559.596 CPF: 052.782.024.59

Endereço: RUA IAIA PAIVA Nº 154 MANDACARU  
JOÃO PESSOA - PB CEP 58027-490

### PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Av. Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima -PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e **finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.** Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, PB, 20/03/2018

Local e data

Wellington Francisco da Cruz

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133783/18  
Vítima: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
CPF: 052.782.024-59

CPF de: Próprio Data do Acidente: 19/12/2017  
Titular do CPF: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ : 052.782.024-59

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.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF/CNPJ: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2018  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

ALINE GOMES DE BRITO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180171287 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ **Data do acidente:** 19/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM do médico:** 52.35988-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº **013746842696**  
PRT. 20170000334731-6

VIA 1 0019868452-5 00/00000000 2017

**ANDREA NUNES DE OLIVEIRA**

01257263412 NKB1478/PB

NKB1478 GO 9CDNF41LJ9M286412

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

JTA/SUZUKI EN125 YES 2008 2009

2 P/125 /CI PARTIC PRETA

IPVA - PAGO EM 29/08/2017

FAIXA 1 PVA \*\*\*\*\* 0 PARCELAMENTO/COTAS 2

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 29/08/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JOAO PESSOA - PB 06/09/2017

41823 876682

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OD POR SUACARGA APESOU TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013746842696 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

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

2017 06/09/20

VIA 1 01257263412 NKB1478/PB

00198684525 JTA/SUZUKI EN125 YES

2008 9 9CDNF41LJ9M286412

**PREMIO TARIFARIO**

\*\*\*\*\* DEN. (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO TOTAL A SER PAGO (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* PAGO

29/08/2017

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
CNPJ 09.245.808/0001-84  
876682-1103476-20170906









## CERTIDÃO

Nº0335/2018



Atendendo solicitação de **WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha nº 87872 Prontuário nº 2017.12.002744 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 19/12/2017 às 19H11min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º metacarpo de mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/12/2017 com alta médica dia 27/12/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

X: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 87872

Atd: Nao Regulado

Data: 19/12/2017

Hora: 19:11:33

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE A

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Num. Prontuario: 2017.12.002744

NIS: 704109143388672 Sexo: M IDENTIDADE: 2559596 Fone: 987429285

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1983 Id: 34 ano(s)

End.: RUA IATA PAIVA, 154

End.: MANACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: SELMA DA CRUZ

Pai:

Prof.: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

Doc. Responsavel: 987429285 / IDENTIDADE: 2559596

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Causa de acidente por: MOTO

Causa de violência por: NAO

Caso Policial



E-CONSULTA

Nível de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

☒ [X] Aparentemente Bem ☐ [ ] Grave

TP:

☐ [ ] Politraumatizado ☐ [ ] Convulsao

Altura:

☐ [ ] Hemorragia ☐ [ ] Dispneia

IMC:

☐ [ ] Diarreia ☐ [ ] Agitado

Q. Abd: 02%:

☐ [ ] Regular ☐ [ ] Chocado

☐ [ ] Vomito

Observacao

Principal

PACIENTE COM TRAUMA EM MAO ESQ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Atalho para a mão e Alho*

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*Fratura de III metacarpo e quarto*

*Ida. para internação para*

*tratamento cirúrgico*

*CPF: 101.101.101*



a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

e | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

CEOTIMENTO REALIZADO

TIPO DO PACIENTE

Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wellington Francisco da Silva Data da Admissão: 19/02/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M (x) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

PD: paciente do setor de internamento

HDA: paciente do setor de internamento  
H. J. Silva

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda do Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melenas [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg / Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Wellington Perern</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>26/12/14</u>	Cirurgião: <u>Indelino Pacelli</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <u>Bloqueio</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Inten de 5º Metecrpo E</u>				<u>562.6</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O Melho</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Totomento Cirúrgico de int. mae</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Dr. Indelino Pacelli Fernandes Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 8827-TEST 14247	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Obito durante o Ato Cirúrgico					

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





# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① PCH em DCH sob bloqueio orot  
② Assep + antisyf + CCF

Incisão:

Achados:

Fratura de rádio do SMC (E)

Conduta:

Redução imediata sob escop  
PCH de 2 fios K 1.5mm sob escop  
PCH + T2D  
RPA

Dr. Indalécio Dacelli Fernandes  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 6827 TEOT 14247

Fechamento:



OBS:

Dr. Indalécio Dacelli Fernandes  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 6827 TEOT 14247

Data: 26/12/17

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Wellington Francisco da Luz		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 34a	SEXO: masculino	COR: branca	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO: 19/12/17		DATA DE ALTA: 27/12/17	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÃO DE ALTA			
<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO



RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:
Paciente submetido a trat. cirúrgico sem internamento, segue apto para alta hospitalar + acompanhamento ambulatorial.	

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	anest + antibiótico

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA	27/12/17	Dr. Thiago B. F. P. [assinatura]
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.		
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

