



Número: **0806490-13.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **31/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33161381	12/08/2020 21:04	<a href="#">2741846_CONTESTACAO_Anexo_02</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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664815

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

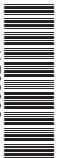
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15170701

Pag. 00493/00494 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030247





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664815

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01985/01986 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050993



Carta nº 15173264



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:04:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221041626600000031742758>

Número do documento: 20081221041626600000031742758



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, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664815**

**Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR**

**Data do Acidente: 23/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR**

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR**

**Valor: R\$ 3.037,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000737**

**Conta: 0000028816-0**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0423982139 3 - CPF da vítima: 049.479.204-32 4 - Nome completo da vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

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

5 - Nome completo: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR 6 - CPF: 049.479.204-32  
7 - Profissão: MOTOPISTA 8 - Endereço: RUA SERGIPE 9 - Número: 2700 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: TAMBOUR 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.414-040  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 53198651-8167

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:

☒ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

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

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0737

CONTA: 28816

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (qualitativa)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

0400 DESPACHO 28/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





**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: 3190664815  
Nome do(a) Examinado(a): Valdoniel Gonçalves Albuquerque Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sergipe, 2700  
Liberdade - Campina Grande - PB CEP: 58414-040  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2860540  
Data local do acidente: [ 23/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/12/2019 ] Campina Grande [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.  
FRATURA MANDIBULA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO, CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E OSTEOSÍNTese DA MANDIBULA  
Complicações: NÃO HOVERAM COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS  
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA,  
PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE.  
MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA,  
PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE.  
MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.**  
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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequelas permanentes"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br>% do dano: <b>(X) 10% residual</b> ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Valthi Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 16.851 / CRM-PB 6326  
TEOT 15-090  
CIRURGIA DO JOELHO





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de Campina Grande -  
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº12553.01.2019.2.00.401**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência: 23/03/2019**

**Hora: 23:56:00**

**Forma da Comunicação: Verbal**

**Endereço: Rua Otacilio Nepomuceno, Catolé, Campina Grande, PB.**

**Ponto de referência: Em Frente Ao Partagem Shopping**

**PARTE(S)**

VITIMA	<b>Nome:</b> Valdoniel Gonçalves Albuquerque Júnior
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Maria Emília Ribeiro Albuquerque e Valdoniel Gonçalves Albuquerque
	<b>Idade:</b> 36 <b>Data de Nascimento:</b> 06/07/1983 <b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Estado Civil:</b> divorciado(a)
	<b>Escolaridade:</b> Ensino médio completo <b>Profissão:</b> Condutor Socorrista do Samu Campina Grande Pb
	<b>Cargo:</b> Não informado <b>Matrícula:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 049.479.204-32
	<b>Endereço:</b> Rua Sergipe, 2700, Liberdade, Campina Grande, PB
TESTEMUNHA	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Ponto de referência:</b> Casa
	<b>Telefone:</b> (83) 98790-8191
	<b>Nome:</b> Aluska de Moraes Ferraz Sena
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Georgia Alves de Moraes Sena e Carlos Alberto Ferraz de Sena
	<b>Idade:</b> 31 <b>Data de Nascimento:</b> 22/04/1988 <b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Varzea Alegre
	<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)
	<b>Escolaridade:</b> Ensino superior completo <b>Profissão:</b> Enfermeira
	<b>Cargo:</b> Não informado <b>Matrícula:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 027.659.683-81
	<b>Endereço:</b> Av Almirante Barroso, 914, Liberdade, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Ponto de referência:</b> Casa
	<b>Telefone:</b> (83) 99980-6227

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de Campina Grande -  
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Luiz Leopoldino de Albuquerque  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Celia Pereira Albuquerque e João Luiz Gonçalves de Albuquerque  
Idade: 26 Data de Nascimento: 28/07/1993 Identidade de Gênero: masculino  
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande  
Estado Civil: solteiro(a)  
Escolaridade: Ensino médio completo Profissão: Almojarifado  
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado  
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.271.254-85  
Endereço: Rua José Branco Ribeiro, 460, Catolé, Campina Grande, PB  
Complemento: Não informado  
Ponto de referência: Casa  
Telefone: (83) 33371-982

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/XRE 300, modelo HONDA/XRE 300, tipo de veículo PASSEIO, cor BRANCA, ano 2017, UF: PB, placa OFX-0251, chassi 9C2ND1120HR001388, renavam 01141842189, características gerais: Nome Proprietário valdoniel Goncalves a Junior

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTES

Exame de Lesão Corporal Nº 310.2019  
(1) Valdoniel Gonçalves Albuquerque Júnior (VITIMA)

#### HISTÓRICO

Que a vítima na data, horário e local já citados; Que a vítima vinha conduzindo sua moto já descrita acima, momento que foi utilizar do freio desta moto pois a sua frente estava uma passagem de pedestre; Que ao se utilizar do freio, que este travou a moto; Que com este travamento do freio dianteiro a moto capotou jogando a vítima ao solo; Que a vítima posteriormente foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que neste hospital estava para ser realizado um procedimento cirúrgico na cabeça da vítima porém o procedimento neste citado hospital estava a demorar e o paciente / vítima estava a seis dias interno neste hospital; Que amigos e familiares resolveram transferir a vítima para o Hospital Antonio Targino, Campina Grande PB; Que neste hospital a vítima no dia seguinte a sua chegada foi realizado o procedimento cirúrgico na cabeça da vítima; segue em anexo documentação.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de Campina Grande -  
Setor de Boletim de Ocorrência




**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

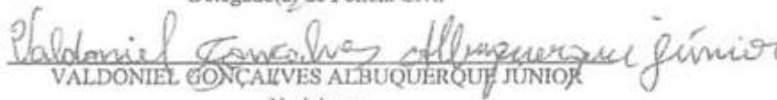



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 07 de novembro de 2019.

  
GILSON DE JESUS TELES  
Delegado(a) de Polícia Civil

  
VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JÚNIOR  
Noticiante

  
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA  
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401

3/3





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 042.1982.139 3 - CPF da vítima: 049.479.204-32 4 - Nome completo da vítima: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

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

5 - Nome completo: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR 6 - CPF: 049.479.204-32  
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA SERGIPE 9 - Número: 2700 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: TAMBORE 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.414-040  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 33198653-8167

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 28816 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP.001 V002/2019



# 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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000028816-0

---

---

Nr. da Autenticação A35637F13297B605



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87DATA CONTATO COM A CAGEPA  
DOUTOR ESTENEGERO

MATRÍCULA

11897376

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VALBONIEI G ALBUQUERQUE  
RUA SERGIPE, 2700 - TAMBOR CAMPINA GRANDE PB  
58414-040

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
018.016.300.0285.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação		Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X164775	29/10/2011		EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA							
765		768	3	33	01/12/2019		
HIST. CONS./AMOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.							
OUT/2019	3	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2019	8	TURBIDEZ		178	184	184	
AGO/2019	1	CLORO		178	184	139	
JUL/2019	2	COL. TERHOT		0	0	0	
JUN/2019	2	COR		55	184	170	
MAI/2019	4	30	COL. TOTAIS		178	181	173
MEDIA(H)	3	DADOS REFERENTES A: SET/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 04/11/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:17:17

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	3 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

O EXÉRCITO BRASILEIRO, POR MEIO DO 31º BIH, CONVOCA TODOS OS RESE  
RVISTAS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RE  
SERVA (EXAR/2019), NO PERÍODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS 1  
5:30H.


Paciente: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR  
Data do Exame: 28/03/2019  
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

**Indicação:** TCE.

**Análise:**

- Coleção extra-axial hipodensa frontotemporoparietal, com espessura de 8,8 mm.
- Hipodensidade na substância branca junto ao corno anterior do ventrículo lateral direito, inespecífica.
- Fraturas das paredes dos seios esfenóides e do processo pterigóide direito. Associa-se hemossinus.
- Fratura longitudinal da porção petrosa do temporal bilateral, com extensão à cavidade timpânica, que encontra-se preenchida por material hipodenso bilateralmente (hemotimpano?). Não há disjunção das cadeias ossiculares. Há extensão da fratura para a porção escamosa à direita.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de desvio das estruturas da linha média.

  
Dr. William Ramos Tejo Neto  
Médico Radiologista  
CRM-PB 6733





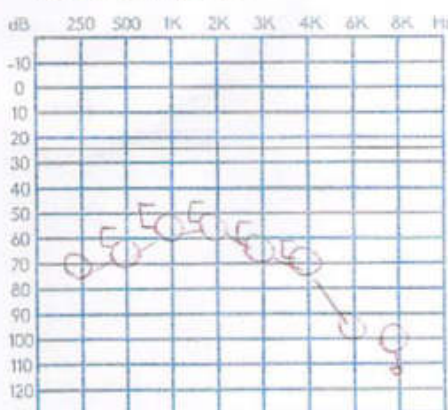
Nome: Valdinei Gonçalves Junior  
 Idade: 36 anos Data: 14.11.19 Sexo: Masculino  
 Médico Solicitante: -  
 Profissão: Condutor Socrista

## AUDIOMETRIA

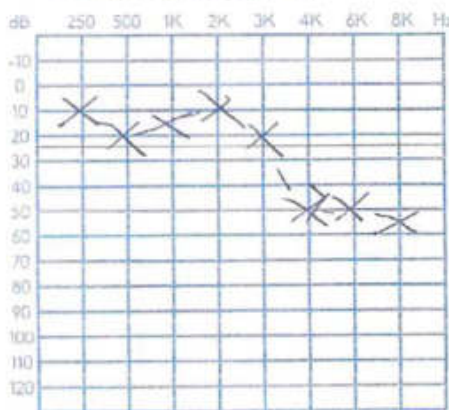
Tipo do Audiômetro: Bc 6000

Calib. 010220

### OUVIDO DIREITO



### OUVIDO ESQUERDO



### WEBER

250 500 1K 2K 4K

### SRT

OD 15

OE 30

### SDT

OD -

OE -

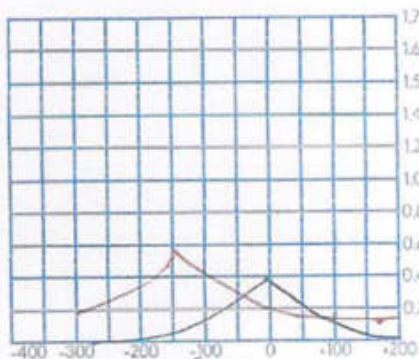
IPRF

M 100% 105 dB MASC  
 D - - -

M 100% 105 dB MASC  
 D - - -

Conclusão: Perda auditiva do tipo sensorineural de grau moderada na OD, com queda nas freq's de 6 a 8 kHz.  
 Perdas auditivas dentro dos padrões de normalidade, exceto nas freq's de 4 a 8 kHz na OE.

## IMITACIOMETRIA



### OUVIDO DIREITO

C/S	LIMINAL TONAL	NÍVEL DO REFLEXO	DIF	IPRF
500	65	16	45	-
1000	-	↓	-	↓
2000	-	↓	-	↓
4000	-	↓	-	-

### OUVIDO ESQUERDO

C/S	LIMINAL TONAL	NÍVEL DO REFLEXO	DIF	IPRF
500	-	↓	-	-
1000	15	30	15	110
2000	-	↓	-	105
4000	50	60	50	-

Conclusão: Ouvido timpanométrico do tipo "C" na OD e tipo "A" na OE. Reflexos estapediais ausentes IPRF e em 1000, 2000 e 4000 Hz CONTRA OD e em 500 e 2000 Hz CONTRA OE.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:04:16  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221041626600000031742758  
 Número do documento: 20081221041626600000031742758



**HAT HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**

CIRURGIA BUCO-MAXILO FACIAL  
CIRURGIA GERAL  
CIRURGIA PLÁSTICA  
CIRURGIA TORÁCICA  
CIRURGIA VASCULAR  
CIRURGIA COM VÍDEO  
CLÍNICA MÉDICA  
ELETROENCEFALÓGRAMA  
ENDOSCOPIA  
NEFROLOGIA  
NEUROCIRURGIA  
ORTOPEDIA  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
RAIO X  
STENT  
TRAUMATOLOGIA  
UROLOGIA  
  
ANGIOGRAFIA DIGITAL  
ANGIOPLASTIA  
BRONCOFIBROSCOPIA  
ENDOSCOPIA  
ELETROCARDIOGRAMA  
FONOGRAFIA C.M.R.  
UTI MÓVEL

*Valdomiro Figueiredo Albuquerque*  
*Junior*

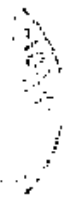
*Terapia*  
*de face*

*Paralisia facial*

**MELHORE SUA LETRA**  
**Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.**

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba  
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / [www.hat.com.br](http://www.hat.com.br)





PROCURADOR GERAL  
DE JUSTIÇA  
CURIA ESCRITÓRIO  
COMANDO DO SUS

**LAUDO RADIOLOGICO**

EXAME RADIOLOGICO DE  
TOMOGRAFIA AXIAL DE  
CEREBELO E VENTRICULOS  
DE CÉREBRO

DATA 29/11/2019

*[Assinatura]*  
Rafaela Andrade dos Santos  
CRM 1508  
RADIOLOGISTA  
MÉDICO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
NÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG  
BR 230, km 165,5, Alça Sudoeste, Serroão, Campina Grande/PB

C: Laudo: 03.03.06.112019.29955

LAUDO TRAUMATOLÓGICO  
Ferimento ou Ofensa Física

03/03/2019

Data do exame: 14/11/2019 Hora do exame: 14: 14.

Órgão Requisitante: SETOR DE B. E OCORRÊNCIAS. Nº da Solicitação: 310/2019. Autoridade Solicitante: BEL: Gilson de Jesus. Nome: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR, Identidade de Gênero: Masculino. RG: CPF:04947920432 .Data de Nascimento: 06/07/1983. Idade: 36 Profissão: Condutor do Samu. filho(a) de Valdoniel gonçalves Albuquerque e Maria Emilia Ribeiro Albuquerque. Estado Civil: divorçado. Escolaridade: Naturalidade: Campina Grande/PB. Residente na rua Sergipe, 2700 Liberdade CAMPINA GRANDE/PB.

HISTÓRICO – Periciando refere ter sofrido acidente de moto em 23/03/2019, sendo socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, posteriormente sendo removido para o Hospital Antônio Targino, onde se submete a tratamento cirúrgico.

DESCRIÇÃO – Ao exame, observamos: discreta cicatriz cirúrgica na região temporal direita, hipertrófica em normotrófica; cicatrizes irregulares normocrômicas e hipertróficas no dorso da mão direita; cicatrizes irregulares hipertróficas e normotróficas na lateral da perna direita. Conduz os seguintes documentos: relatório cirúrgico de redução de fratura de mandíbula com fixação e diagnóstico de fratura complexa de mandíbula; relatório cirúrgico com craniectomia à direita; atestado médico com relato de internamento de 29/03/2019 a 04/04/2019, afastamento de 90 dias de suas atividades e CID S06.1; ficha de atendimento hospitalar em 24/03/2019 com relato de queda de moto e trauma cranioencefálico; audiometria descrevendo perda auditiva moderada neurosensorial à direita.

QUESTOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, LEVE DEBILIDADE DA FUNÇÃO AUDITIVA.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr Heráclio Almeida da Costa  
CRMPB 6479 / Mat 168.232.6

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
Instituto de Polícia Científica  
Unidade de Medicina Legal

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande - PB 14/11/2019

PERITO





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

Nome: VALDANIEL GONCALVES ALBUQUERQUE

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA

Exame(s): TC CRANIO

Nº Exame: 26429

Data: 29/03/2019

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5.0 mm de espessura para a fossa posterior e de 10.0 mm para a região supratentorial.

Evidenciamos imagem hipoatenuante (Densidade líquida), laminar, periencefálica, apagando os sulcos corticais, medindo aproximadamente 1.0 cm no diâmetro transversal e 7.0 cm no eixo céfalo caudal, localizada no espaço subdural fronto-têmporo-parietal direito. Observamos pequena área hipoatenuante, sem exercer efeito de massa, distribuídos de maneira significativa, ovalada, medindo aproximadamente 1.5 x 1.0 cm nos maiores diâmetros, localizada no aspecto anterior da região núcleo capsular direita. Os coeficientes de atenuação das demais estruturas cranioencefálicas avaliadas encontram-se dentro dos limites da normalidade.

Discreta assimetria dos ventrículos laterais, estando menor o direito. Aspecto morfológico, volumétrico e topográfico normal das demais câmaras ventriculares.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Desvio incipiente das estruturas encefálicas da linha média para a esquerda.


Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Perda de definição dos sulcos corticais e fissuras encefálicas do hemisfério cerebral direito.

Conclusão: Coleção subdural fronto-têmporo-parietal direita.

Pequena contusão cerebral na região núcleo capsular direita.

CM

  
Dr. Abelardo da Matta R. Sotrinho  
Médico radiologista  
CRM - 3901



24/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1859683 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 24/03/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Uliana Veronica Silva CoutinhoPACIENTE: VALDONIEL  
GONCALVES ALBUQUERQUE  
JUNIOR

CEP: 58400002

Nascimento: 06/07/1983

Sexo: M

Telefone: 987908191

Idade: 035

Bairro: LIBERDADE

Cidade: Campina Grande

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA EMILIA RIBEIRO  
ALBUQUERQUE

CPF:

Profissão: SOCORRISTA

Responsável:

Data de

CNS: 898002749413577

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 24/03/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

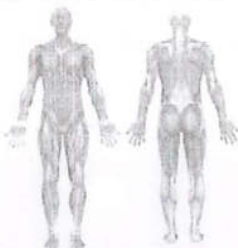
Hora: 00:51:29

Especialidade:

Mecanismo de Trauma:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesmo subcutâneo
10. Escoramento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura ossea fechada
20. Fratura ossea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID:

int@hcaimoraeuroencia.pb.gov.br?contar=1859683

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Queixa de moto com TCE.  
Negativa para de consciência. Estabilidade  
jato.A: Vias aéreas patentes, coloração  
B: Mucosas cor de rosa

ALERGIA: C: BNF, RCR em 21.55

MEDICAMENTOS: D: agitado, não contacta auto

PATOLOGIAS: E: Laceração em ponto de joelho

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: SatO2

Abd: tenso em hipocôndrio D

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia: FAST

( ) Radiografias: CX, Td, Rx

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, PUCO às 1:00 Dia 23/03/19

Especialista: ortopedia às 5:50 Dia 24/03/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1	Dipirona 2 amp + 10 EV	Redes
2	Tilatil 40 - 1 amp + 10 EV	06:10
3	Fomep 300 mg + 10 EV	07:20
4	Fomep 300 mg + 10 EV	07:20
5	Fomep 300 mg + 10 EV	07:20
6	Fomep 300 mg + 10 EV	07:20

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres  
MÉDICO  
CRM-PB 9568

1/2

HGT

De 12/03/19 às 22:00 hs

Conservação da articulação  
maxilomandibular

Para NCR

Dr. Fernando Portela  
22/3

#BMF 02:00

Paciente relata ter sido vítima de  
queda de moto. No momento encontra-se  
com dor articular, limitação de movimento.  
TC de crânio: Fratura de sínfise mandibular.  
CD: Intimação BMF

DESTINO DO PACIENTE / / às / / hs.

( ) Centro cirúrgico 08h 24/03/19  
( ) Internação (setor) #12004/ ( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela / ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)  
Dr. Fernando Portela

BMF : Solicito MAQUILAGEM DA  
NCR (Funt. Temporária?)  
08:30

Dr. Fernando Portela  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucomaxilofacial  
CRM-PB 4420

Foi realizada Rx de ombro esquerdo  
AP e latero-medial, sem lesões ósseas, com  
pontos de referência para colarinho.

Condição: Boa - sem dor, sem  
limitação de movimento.

Dr. Wagner Luiz Salto de Araújo  
Médico  
CRM-PB 1126

+ cirurgia oral

5:47 - Sutura em Joelho e tornozelo em  
querdas. Solicito Rx mão D (laço de  
em indicador); e avaliação do  
laço de mão D. Ortopedista.

SERVIÇOS REALIZADOS:

Dr. Fernando Portela  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucomaxilofacial  
CRM-PB 4420  
IDADE 24/03/19



Ficha de Acolhimento

Nome:	Vilfredo Gonçalves Albuquerque		
End:	Baixo		
Data de Nascimento:	16-01-85	Documento de Identificação:	
Queixa:	Alta	Data do Atendimento:	19-05-19
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(X) Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Facéis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	( ) Normocrada	( ) Pálida	

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Waldemir Gonçalves Albuquerque Jr IDADE: 35A  
ALIC: UTI LEITO: 08 MÉDICO: Dr. Eum

DATA: 29 / 03 / 19

MANHÃ

ADMISSÃO:

Paciente admitido procedente do Hospital de Trauma de C. Grande. PB, acordado, orientado, sem a.a., com escuridão em MMSS e MMIS, com AUP, Temp: 37.4, FC: 64 bpm, PA: 140 x 100 mmHg, realizado Eletrocardiograma.

TARDE

Paciente evolui acordado, consciente e orientado, apnéia, diurese espontânea, paciente dieto oral, dieta Rx de Tórax 1 fol, M. CPK 1 realizado em sala de internação.

NOITE

Paciente acordado, afébril, normotense, eucoréico SIO, diurese (+), aceto urinário, escuridão múltiplas, tórax frustro, em 8 medicado com, segue em observação de eos. anclados.

Mosaniel S. Carvalanti  
COREN/PB - 310.112 - TE

COBEN 310 0765



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Valdoniel Gonçalves A. Junior IDADE: 35  
ALM: UTI LEITO: 08 MÉDICO: Dr. Jairo

DATA: 30/03/19

MANHÃ

Pte. menor dor do corpo, opaco, hipovolemia, instabilidade. Às 9h maximizando no C.C. retornando em P.O. por menor dor, hipotensão. Segue em cateter de U. Est. que se comprometido. Diurese presente.

TARDE

Paciente evolui acordado, afébril, normotenso, feitos RX PA de mandíbula, cirurgia por SVD, em uso de colete, foi M.C.P.M., realizado curativos intensivos.

Sandra B. Ribeiro do Nascimento  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PR 17628

NOITE

Paciente evolui com G.G.F., calientes, reações, teg em de ambiente, opaco, instabilidade, em O clare, de presente, curativos, C.C. - P.O. - segue em uso do colete (V) curativos SSV, C.C.G. e melhora com

PACIENTE EVOLUI COM G.G.F., CALIENTES, REAÇÕES, TEG EM DE AMBIENTE, OPAO, INSTABILIDADE, EM O CLARE, DE PRESENTE, CURATIVOS, C.C. - P.O. - SEGUE EM USO DO COLETE (V) CURATIVOS SSV, C.C.G. E MELHORA COM

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:04:16  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221041626600000031742758



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Valdoniel Gonçalves A. Junior IDADE: 35ani  
ALIC: UTI LEITO: 08 MÉDICO: Dr. Dorgival

DATA: 31/03/19

MANHÃ

Paciente evolui acordado, consciente e orientado  
espontâneo, afébril, normocárdico, normotenso, diurese  
por SVD, aceita dieta oral. Mep e feito CBB

ELABORADO POR  
FELIX ENFERMAGEM  
CORREÇÃO 22/03/19

TARDE

Paciente evolui acordado orientado sem  
queixas, afébril, normotenso, espontâneo, aceita  
dieta m.c.p.m. realizado ESW e cui-  
dade geral

NOITE

Paciente acordado, consciente, afébril,  
normotenso, aceita dieta oral, queixar-se de  
dor em hemitorax direito, diurese em SVD,  
medicado CPM, segue aos cuidados.

*huf*

Mesaniel S. Cavalcanti  
COREN/PB - 310.112-11



**ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO**

Atesto para os devidos fins que o paciente

Valdemir Junior Albuquerque Junior

portador da carteira profissional Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

esteve internado nesse nosocômio de 29, 3, 19 a

04, 04, 19, necessitando de 90 (noventa)

dias de afastamento de suas atividades lattes

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06.1

Hérnia do intestino  
indivíduo

Hérnia de parede  
abdominal

Campina Grande, 4, 4, 19

Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba  
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1494469580

VALDO NIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR DE 2860540 SSP PB

CIVIL 049.479.204-32 06/07/1983

PERÇÃO VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE MARTA EMÍLIA RIBEIRO ALBUQUERQUE

PERCEÇÃO ACC CATINIA

1º ENDEREÇO 02085562702 2º ENDEREÇO 30/11/2001

Observações

Assinatura do Portador

15/08/2017

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

89701424604 PB033911679

PARAÍBA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CIRCUNSCRITO A VEICULOS (AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT)	
<b>DETTRAN - PB</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO</b> <b>Nº 014798453591</b> <b>381 20190100025841-9</b> <b>0114184218-9 00/00000000 2019</b> <b>VALDONIEL GONCALVES A JUNIOR</b> <b>CPF / CNPJ 04947920432</b> <b>PLACA OFX0251/PB</b> <b>NOVO PB 9C2ND1120HR001388</b> <b>RPS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> <b>HONDA/XRE 300</b> <b>2 P/291 /CI PARTIC</b> <b>00/00/0000</b> <b>PREMIO TARIFARIO (R\$) 0</b> <b>PREMIO TOTAL (R\$) 0</b> <b>DATA DE PAGAMENTO 29/03/2019</b> <b>A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA</b> <b>CAMPINA GRANDE - PB</b> <b>01/04/2019</b> <b>9999999</b>		<b>PB Nº 014798453591 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <b>www.seguradoralider.com.br</b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> <b>EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/04/2019</b> <b>VIA 1 CPF / CNPJ 04947920432 PLACA OFX0251/PB</b> <b>RENAVAM 1141842189 MARCA / MODELO HONDA/XRE 300</b> <b>ANO FAB. 2017 CATEG. 9 Nº CHASSI 9C2ND1120HR001388</b> <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b> <b>PREMIO (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****</b> <b>CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** NFP (R\$) SEGURO P A G O</b> <b>DATA DE COTAÇÃO 29/03/2019</b> <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 06.342.808/0001-04</b> <b>35556-1126385-20190401</b>	

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ALBUQUERQUE JUNIOR

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.  
FRATURA MANDÍBULA.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA, PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE. MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.

**Resultados terapêuticos:** FERIMENTOS CICATRIZADOS NO PÓS OPERATÓRIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA) E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/12/2019

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ALBUQUERQUE JUNIOR

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.  
FRATURA MANDÍBULA.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA, PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE. MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.

**Resultados terapêuticos:** FERIMENTOS CICATRIZADOS NO PÓS OPERATÓRIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA) E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/12/2019

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ALBUQUERQUE JUNIOR

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

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P1/6/7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ALBUQUERQUE JUNIOR

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

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P1/6/7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421982/19

**Vítima:** VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE .

**CPF:** 049.479.204-32

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDONIEL GONCALVES  
ALBUQUERQUE JUNIOR

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR : 049.479.204-32**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019  
Nome: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR  
CPF: 049.479.204-32

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
/ALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

