



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
33161 381	12/08/2020 21:04	2741846_CONTESTACAO_Anexo_02



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00493/00494 - carta_01 - INVALIDEZ



00030247

Carta nº 15170701



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

Num. 33161381 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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=2008122104162660000031742758>
Número do documento: 2008122104162660000031742758

Num. 33161381 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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.



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:
0423982139

3 - CPF da vítima:

049.477.204-32

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: 049.477.204-32

7 - Profissão: MOTORISTA

8 - Endereço: Rua SERGIPÉ

9 - Número: 2700

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: TAMBOR

12 - Cidade: CAMPINA GRANDE

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58.414-040

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

319853-8167

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:



RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737

CONTA: 28816

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 sonante 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 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)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varízquez)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Valdoniel Gonçalves Albuquerque Junior
28/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

Num. 33161381 - Pág. 5

**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 Goncalves 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 MANDÍBULA.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO, CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E OSTEOSÍNTESE DA MANDIBULA

Complicações: NÃO HOUVERAM COMPLICAÇÕES CIRURGICAS

Data da Alta: VITIMA 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Valdir Meuezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / 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



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 Partag Shopping

PARTE(S)

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

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401

1/3





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

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: Almoxarifado
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 vitima na data, horário e local já citados; Que a vitima 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 vitima ao solo; Que a vitima 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 vitima porém o procedimento neste citado hospital estava a demorar e o paciente / vitima estava a seis dias interno neste hospital; Que amigos e familiares resolveram transferir a vitima para o Hospital Antonio Targino, campina grande PB, Que neste hospital a vitima no dia seguinte a sua chegada foi realizado o procedimento cirúrgico na cabeça da vitima; segue em anexo documentação.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401

2/3



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

Num. 33161381 - Pág. 8

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



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
VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Noticiante

JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401

3/3



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

Num. 33161381 - Pág. 9



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: **042.1952.139** 3 - CPF da vítima: **049.477.204-32** 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: 049.477.204-32		
7 - Profissão: MOTORISTA	8 - Endereço: Rua SERGIPÉ	9 - Número: 2700	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TAMBOR	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PIAUIA	14 - CEP: 58.414-040
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (85) 98653-8167		

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0737** CONTA: **28816** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
--	-------------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro [varíase]?: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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



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

Num. 33161381 - Pág. 11



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Fernânia Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FAIXA DE CONTA/TO CIVIL/ACADEMICA
INFORME ESTENDIDO

MATRÍCULA

11897376

REFERÊNCIA

NOV/2019

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.016.300.0285.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V11X164775	29/10/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (MB) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
765	768	3	33		01/12/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
OUT/2019	3	PARANETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2019	8	TURBIDEZ	178	184	184	
AGO/2019	1	CLORO	178	184	139	
JUL/2019	2	COL.TERNOT	0	0	0	
JUN/2019	2	COR	55	184	170	
MAI/2019	4	COL.TOTAIS	178	181	173	
MÉDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: SET/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 04/11/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 10:17:17
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	3 MB
ESGOTO	37,91
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ESGOTO	3 MB
	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
-------------	------------	----------------	-----------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

O EXÉRCITO BRASILEIRO, POR MEIO DO 31º BIH, CONVOCA TODOS OS RESENVISTAS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA (EXAR/2019), NO PERÍODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS 15:30H.



Paciente: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Exame: 28/03/2019

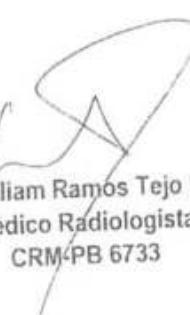
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

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

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 esfenoides 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



CLÍNICA
JOSÉ PINTO BRANDÃO
OTORRINOLARINGOLOGIA / FONCIOLOGIA /
CIRURGIA DE CAVIÇA & PÉSICO

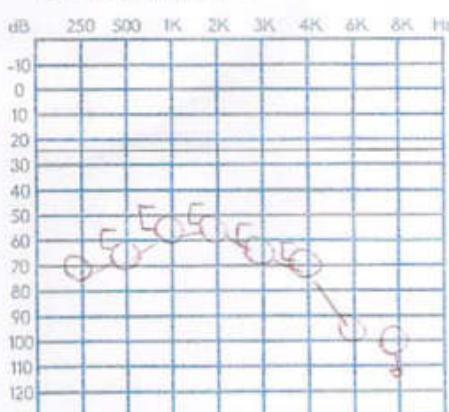
Nome: Valdomil Gonçalves Junior
Idade: 36 anos Data: 14/11/19 Sexo: Masculino
Médico Solicitante:
Profissão: Tendutor Socorrista

AUDIOMETRIA

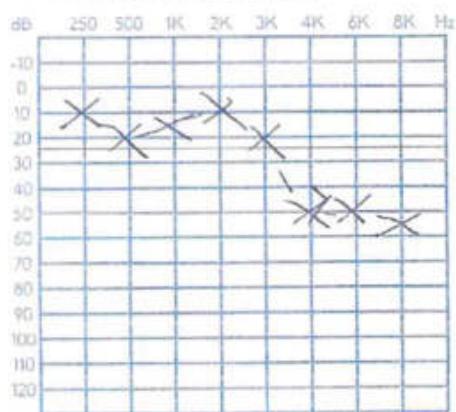
Tipo do Audiômetro: B6000

bell-010220

OUVIDO DIREITO



OUVIDO ESQUERDO



WEBER

250 500 1K 2K 4K

SRT

OD 15
OE 30

SDT

OD -
OE -

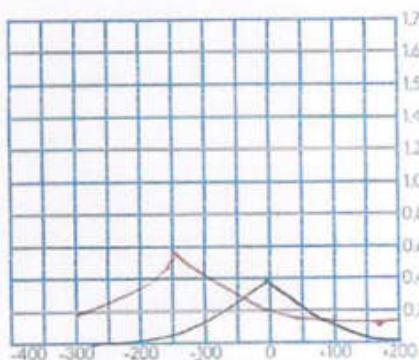
IPRF

M 100% 100% MASC.
D - - -

M 100% 100% MASC.
D - - -

Conclusão: Perda auditiva de tipo sensorineural de grau moderado na OD com queda nas freq's de 6 a 8 KHz.
Normais auditivos dentro dos padrões de normalidade,
exceto nas freq's de 4 a 8 KHz na OE/

IMITACIOMETRIA



C/S	OUVIDO DIREITO			OUVIDO ESQUERDO			
	LIMINAL	NIVEL DO TONAL	REFLEXO	DIF.	IPSI	DIF.	IPSI
500	65	100	45	-	-	-	-
1000	-	↓	-	↓	15	95	110
2000	-	↓	-	↓	-	-	105
4000	-	↓	-	-	50	100	50

Conclusão: Curva Tympanometria do tipo "C" na OD e tipo "A" na OE. Reflexos estapedianos ausentes (IPSI) e em 1000, 2000 e 4000 Hz CONTRA OD e em 500 e 2000 Hz CONTRA OE/

José Pinto Brandão
SPB





CIRUR. SUCO-MAXILÓ FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁNICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCRIMINAIS

ORTOPÉDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOSCOPIA

ENDOUSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TONDORAFIA CMG.

UTI MÓVEL

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



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

Num. 33161381 - Pág. 15

REGISTRO DE DOCUMENTO
Nº 3122104162660000031742758
CÓDIGO ELETRÔNICO: 33161381
CONFERIDO AO SUS

LAUDO RADIOLÓGICO

EXAMES DE RAYOS X DE TÓRAX
COM 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020

DATA: 12/08/2020
MÉDICO:
Rosângela Almeida dos Santos
CRM: 1508
PESQUISADORA:



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, Serrodo, Campina Grande/PB

C: Laudo: 03.03.06.112019.29955

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou Ofensa Física

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: divorciado. 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, hipertrônica em
normotrófica; cicatrizes irregulares normocrônicas e hipertróficas no dorso da mão direita; cicatrizes irregulares
hipertrônicas 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.

QUESITOS

- 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

Valdoniel G. J. Junior
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL

Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande PB 27/11/2019

Carla Almeida CGP

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 liquida), laminar, periencefálica, apagando os sulcos corticais, medindo aproximadamente 1.0 cm no diâmetro transverso e 7.0 cm no eixo céfalo caudal, localizada no espaço subdural fronto-têmpero-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 craniocéfálicas 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 coroides e glândula pineal.

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

Conclusão: Coleção subdural fronto-têmpero-parietal direita.

Pequena contusão cerebral na região núcleo capsular direita.

CM

Dr. Abelardo da Motta R. Sobrinho
Médico radiologista
CRM - 3901



24/03/2019



GOVERNO DA PARAÍBA 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. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmínas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-059 Data: 24/03/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Uciana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: VALDONIEL

GONCALVES ALBUQUERQUE

JUNIOR

Endereço: RUA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA EMILIA RIBEIRO ALBUQUERQUE

Responsável:

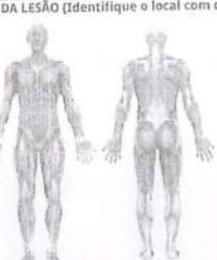
Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

USO DE TCHAPA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entorpeça subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cerrito
- 15.F. Cortante
- 16.F.Corto-contuso
- 17.F.Perfuró-contuso
- 18.F.Perfuró-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguinalgamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parese
32. Paratesse
33. Quemadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CIB:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAS CLÍNICOS

Queixa de dor no tórax com têxte. Negativa para perda de consciência. Estava alucinando.

A: Vias aéreas patentes, colarínio caro

B: VV e AAT S/IR

C: BNP, ECG em ZT, STS

D: agitado, não contacta muito

E: laceração em fronte e joelhos

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow PA HGT SatO2

Abd: tenso em hipocôndrio ()

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassonografia: FAST
() Radiografias: CX, TX, BX

() Tomografia Computadorizada

() CT

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, P.VCO às 1:00 dia 23/03/19

Especialista: Ortopédia, às 5:50 dia 24/03/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 250 mg + 10 EV	pediatra
2	Tilatil 40 - 1 Amp F 10 EV	olico
3	Taurop 300 mg + 100 mg F 10 EV	realizada em: 24/03/19
4	Feltex no Semicírculo	realizada em: 24/03/19
5	relevo	realizada em: 24/03/19
6	relevo	realizada em: 24/03/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SUELIO MOREIRA TORRES
MEDICO
CRM-PB 9568

Ruthane Souza
Enfermeira
CRM-PB 8080

intnho/imo/reuencnia.php?contar=1859683

1/2



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

Num. 33161381 - Pág. 19



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Vanda Nogueira Alves	Bairro:	Kilômetro 6
End:	16-01-55	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	14/03/19	Data do Atend:	00:46
Quaka:	Alegria	Horas:	00:46
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Caimo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Desambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca				

Estratificação

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

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Mod. 110

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Valdenir CONCEPÇÃO: Albuquerque IDADE: 35A
ANO: UTI LÉTICIA: 08 MÉDICO: Dr. Cunha

AUG 1971

ERTO: 08

IDADE: 35A

DATA: 29 / 03 / 19

MAINHA

Answers:

Paciente adulto procedente das Unidades de trauma de C. Grande - PB, o condutor, que teve seu a.a., com lesões graves em MUSC e MUSL, com AUP, TEMP: 37.4, FC: 64 bpm, PA: 140 x 100 mmHg, realizando Eletrocardiograma.

TARDE

TARDE

Paciente evolui acalante,
consciente e orientado, apelidado
deusas espontâneas, aceita dietas
oral, festejou Rx de Terezinha, fad, m. (futebol).
pedrigoso em cada dia.

N91T15

Placente arredendo, afébril, non vómito
estocando S/D, clínica (f), exame olfatório e
especialista multíples, trocosas (nunca engolida) em 8
medicados com, segue em alerça que se
não engolades.

Mosaniel S. Cavalcanti
2014/08 - 330.117-1E

Citation: [Citation](#)





HOSPITAL
TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME: Valdaniel Gómez Alvarado IDADE: 33
ALIN: 14F LENO: 08 MÉDICO: Dr. Jano

MANHÙ

Pt. cuor dandy suspens, opere, hipercolesterolemie, ventriculite. As gh maximisimba siu C. C. retinopatolo siu P. O. ja aterosclero, hiperurico. Segue un cataract de g. Est. que ac compreende. Dimise presunt.

TABDE

TARDE | Paciente evoluíu assintomática, afibril, normotenss, feste. RX RA de mandíbula, clínica per SUD, em uso de colete, foi M.C.P.M, realizados exames
~~intens~~

NOTE

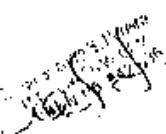
NOTA (1) **Microcystis** diversa ser. **E.C.F.**, Cachoeira do Rio Araguaia
está em fase crescente, espécie invasora, que já invadiu
o Parque Nacional da Serra das Almas, Mato Grosso, e está no Rio
Cuiabá (✓) e na parte sul, Cerrado e Mato Grosso.

53

MEETINGS OF THE SOCIETY

causes of the disease.

CORRUMED 100



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

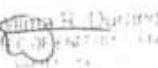
NOME: Valdomil Góesalles A. Júnior || IDADE: 35 anni
AUX: VTS | LEITO: 08 | MÉDICO: Dr. Douglas

DATA: 31/03/19

MANHÃ

Paciente evolui acordado, consciente e orientado
eupneico, afebril, normocaudico, normotensio, dureza
por SVD, aceita dieta oral. Foi feito CEEB 
*Dr. Douglas
TJ PB
03/04/2019*

TARDE

Paciente evolui acordado orientado no
quixoz, afebril, normotensio, eupneico, aceita
dieta m.c.p. m realizada esw - cui-
dado aguas 

NOITE

Paciente acordado, consciente, afebril,
normotensio, auge de dor oral, querer-se de-
cor seu hemitroco direito, dureza um SVD,
medicado CRM, segue aos medicamentos.



Musanuel S. Cavalcanti
CRM/PB- 310.112 - IL





AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR
O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CÓDIGO OU
POR EXTERNO

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Valdir Souza Alves Júnior
portador da carteira profissional N° _____
esteve internado nesse nosocômio de 29/3/19 a
04/4/19, necessitando de 90 (nove)
dias de afastamento de suas atividades bathing

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06.1

Campina Grande,

*Hospital do Bem
mudei +
Hospital
mudei*

4, 4, 19

Ass. Médico - CRM

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



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

Num. 33161381 - Pág. 25





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:04:16
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008122104162660000031742758>
Número do documento: 2008122104162660000031742758

Núm. 33161381 - Pág. 27

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 PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM
físico: 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



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

Num. 33161381 - Pág. 30

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



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

Num. 33161381 - Pág. 31

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421982/19

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE.

CPF: 049.479.204-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

