



Número: **0800686-50.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WERVERSON JUVINO BASTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36789674	18/11/2020 11:52	2766129_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Nº Sinistro: **3170653712**

Vítima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653712**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12107747

Pag. 01527/01528 - carta_01 - INVALIDEZ



00020764



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Nº Sinistro: **3170653712**
Vítima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00089/00090 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12141143



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**
Nº Sinistro: **3170653712**
Vítima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00559/00560 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12339888



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Sinistro: **3170653712**
Vítima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170653712** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00941/00942 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12665424



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Carta nº: 12784663

A/C: WERVERSON JUVINO BASTOS

Nº Sinistro: 3170653712
Vitima: WERVERSON JUVINO BASTOS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000023250-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01479/01480 - carta_15R - INVALIDEZ

00020740





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

015.727.944-88

WERVERSON JUVITO BASTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WERVERSON JUVITO BASTOS	CPF titular da conta 015.727.944-88	Profissão TECELAO
Endereço Rua Acesso para Piancó	Número 50	Complemento
Bairro Centro	Cidade Itapocanga	Estado Paraíba
CEP 58780-000	Telefone (DDD) 83	Telefone 999471320/99697881
Email sertao_assessoria@hotmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todas as bandeiras)	
AGÊNCIA NRO. 3571		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
DIV. 23.250		AGÊNCIA NRO.	
DIV. 7		CONTA NRO.	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITAPOCANGA 20 de Novembro de 2017.

Local e Data

Autorização de pagamento



X WERVERSON JUVITO BASTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



**Lauda 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: 3170653712
Nome do(a) Examinado(a): Werverson Juvino Bastos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Acesso Para Pianco, S/N
Centro Itaporanga PB CEP: 58780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3395236
Data local do acidente: [25/09/2017]
Data local do exame: [27/04/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 3 MESES, REALIZADO EXAME DE ELETRONEUROMIOGRAFIA ONDE FOI EVIDENCIADO PLEXOPATIA BRAQUIAL A DIREITA, COM ACOMETIMENTO IMPORTANTE DOS NERVOS ULNAR, MEDIANO E MUSCULOCUTÂNEO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR
Data da Alta: 26/09/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, ATROFIA IMPORTANTE DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

- 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 a qualquer medida terapêutica)

☒ Sim ☐ Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% 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

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.

APESAR DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR CONSTAR COMO LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, EXAMES DE IMAGEM E EXAME FÍSICO CONFIRMAM LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 627 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do Fato: 25 / Setembro / 2017. • **HORAS** - 7h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: IVALDO PEDRO DE ARAUJO DIAS

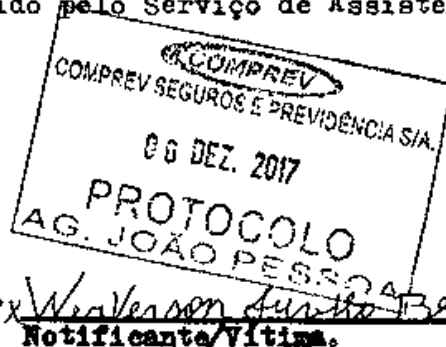
Notificante/Vítima:

WERVERSON JUVITO BASTOS, brasileiro, natural de Paraíba Solteiro, Tecelão, nascido no dia 30/09/90, filho de Antonio Juvito de Souza e Deusdedit Basto de Souza Juvito, RG 3.395.236/PB e CPF nº 015.727.944-88, residente na R.Acesso para Piane s/n centro Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citados, retornava de Itaporanga para Pedra Branca/PB, pela Rodovia PB 356 que liga as duas cidades, conduzindo a moto YAMAHA/YS150 FAZER SED, cor Branca, Ano 2013/14, Placa OX043-80/PB e chassi 9C6KGO650E0002972, em nome de LUIZ JACINTO DA SILVA, e em um trecho desta Rodovia o Pneu dianteiro da moto estourou, fazendo com que o notificante perdesse o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido pelo Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU).



Itaporanga (PB), 12 / Outubro / 2017.

Werverson Juvito Basto
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIAI NATL 60265-5
CH. F. E. C. CARTÓRIO

Boletim de ocorrência.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>Wenerson Junior Berto</u>	CPF da Vítima <u>015.727.944-88</u>	Data do Acidente <u>25/09/2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>berta.assessoria@hotmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>83/ 999471520/996378711</u>
Dedaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: Assinalar uma das opções abaixo: ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido. Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74. Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

Declaração de Inexistência de IML

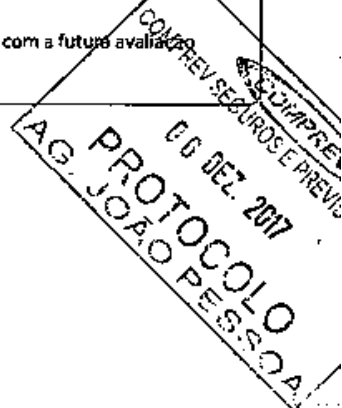


Itapiranga 10 de Novembro de 2017
Local e Data

Wenerson Junior Berto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 15B 06

SAMU
192

HORA: 08:06

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 23.09.2017	ID: 111	Paciente: Welson Junior Pato	Idade: 26	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: Entre Itaporanga e Pádua Branca	Bairro: Pádua Branca	Médico Responsável: Dr. Moura		
Apoio no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro				
OTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: <u>neq</u>
☐ Clínico	☐ Quase afogamento/Afogamento	Medicação: <u>neq</u>
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passada Médico: <u>neq</u>
☐ Eletrocussão	☐ Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoroso	☐ Pele Fria	☐ Pele Úmida	☐ Isocórico	☐ Anisocórico	☐ Anisocoria	☐ Miotica	☐ Dor
☐ Adenopatia	☐ Disritmia	☐ Taquicardia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Comissura	☐ PCR	

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

dor no ombro direito e corte na mão

Transferência/Destino:

Local: Hosp. Regional de Pádua

Responsável: Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10992-1/2017

Função: Ortopedista

Sinais Vitais:

VVAA: ☒ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☒ Normal

P.A.: - mmHg FC: 74 bpm FR: 97 irpm SpO₂: 97 % T: - Glícemia Capilar: 117 mg/dl Cúma: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade adaptativa	☐ Intracraniana	☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Confusão aguda	☐ Deambulação prejudicada	☐ Dor aguda	☐ Hipotermia	☐ Hipotermia
☐ Débito cardíaco diminuído	☐ Desobstrução ineficaz das VVAA	☐ Disreflexia	☐ Autônoma	☐ Intolerância a atividade	☐ Mucosa oral prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Perfunção tissular cerebral ineficaz	☐ Perfunção tissular cardiopulmonar ineficaz
☐ Integridade da pele prejudicada	☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância a atividade	☐ Mucosa oral prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Perfunção tissular renal ineficaz	☐ Termoregulação ineficaz	☐ Troca de gases prejudicadas
☐ Volume de líquidos deficientes	☐ Volume excessivo de líquidos	☐ Náuseas	☐ Retenção urinária	☐ Percepção sensorial perturbada	☐ Interação social prejudicada	☐ Incontinência intestinal	☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Constipação
☐ Outros								

Intervenções:

Verificação da SSUV + Imobilização com collar cervical e prancha rígida
Transporte + AVP e medicação + curativos.

Evolução de Enfermagem:

Paciente consciente, orientado, vítima de queda de moto,
com dor em ombro direito e corte contuso na região da
perna esquerda. Realizado Raio X na cidade de Pádua, evidência
fratura de colo de úmero e encaminhado ao HRPádua.

Identificação da Equipe:

Médico:	CRM:
Enfermeira: <u>Fernanda</u>	COREN:
Téc de Enfermagem: <u>Ronildo</u>	COREN:
Condutor: <u>Hermelides</u>	

Comprovação de ato declaratório



Encaminhamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito do arto e transporte

Recusa:

Nome: _____

Assinatura: _____

RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico):

SRL 500ml + dipiridona + AD(EU) / tromal 100mg em 100ml de

Evolução clínica: nausedron + AD(EU) / cetoprofeno + AD(EU) SFO

Diagnóstico médico:

Procedimentos realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação nasofaríngea ☐ Cânula orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia

☐ Ventilação mecânica (injetável) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Oxigenação mecânica ☐ Massagem cardíaca externa

☐ Desfibrilação cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☐ Curativo ☐ Purga vaginal ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical

☐ Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar cervical ☐ Outros _____

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)

SRL 500ml
dipiridona
cetoprofeno
equipo de soro
seringas
felcio n 18
tromal 100mg

nausedron 100mg
siga prescrição

Exame Gineco-Obstétrico ☐

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	VARIÁVEIS	ESCORE
ABERTURA OCULAR	Aberta espontaneamente	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incoerentes	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Movimento anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

BPA/Procedimentos COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
UNA - 01:	29 DEZ. 2017
Código	03.01.03.010-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos	
UNA - 06:	
Código	03.01.03.010-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.015-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: 03.01.03.010-3/03.01.03.013-8 Quantidade: _____

O: Enfermeiro: _____

Técnico: _____

Médico: _____

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:	04/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WERVERSON JUVINO BASTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000023250-7

Nr. da Autenticação 781D335A4810777D





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 03.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DISSIMULE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70228434

REFERÊNCIA

SET/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LUIS JACINTO DA SILVA
RUA ACESSO PARA PIANCO S/N
CENTRO
ITAPORANGA

58780-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
081.04.040.0363	0	1 0 0 0	70228434
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
0	31/12/1999	0	LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
0	0	0	30	23/10/2017
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
NÚMERO DE AMOSTRAS				
PARAMETROS	EXIG.	ANÁLIS	CONFORMES	
CLORO	39	40	40	
TURBIDEZ	10	12	10	
COLIFORMES	0	0	0	
COR	10	12	10	
MEDIA(H)	0			
DADOS REFERENTES A: JUL/2017				

DATA DA LEITURA: 26/09/2017	HORA DA LEITURA: 18:14:39
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 R\$36,84

Comprovante de residência



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$3.41 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

08/10/2017

Total a Pagar:

R\$36,84

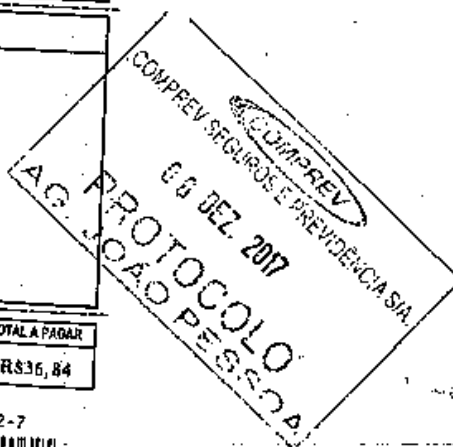
vt 16.13 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: SEM HIDRÓTIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.
INFORMAÇÕES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70228434	SET/2017	08/10/2017	R\$36,84

826600000000-7 1 02284340920-6 170000000002-7



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAMA, 58 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 5670000 (RG: 154)

Emissão: 14/09/2017 Referência: Set / 2017

Chave de Saúde: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, ITONOFÁ SICO RZ20, km 25- Coto Pedrinha-João Pessoa / PB- CEP: 56071-652
Rastreio: 7 - 154 - 25 - 3830 Nº medidor: 00006205001

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.965.163/0001-43 Insc. Est. 16.015.634

Nota Fiscal / Conta de Energia: Energia FICOD 483 011
Emissão: 14/09/2017, Autenticação: 9000078934

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0198** Acesso: www.energis.com.br

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CTV CNPJ / RAM
Set / 2017 14/09/2017 16/10/2017 3924706409

UC (Unidade Consumidora): **5127683-4**

Canal de contato

Se acessar www.energis.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via de conta, atualização de unidade, relação consumo e débito, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data 15/02/17	Letra 0947	Data 14/09/17	Letra 0967						
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Cat. Alor.	Imposto	Base Calc.	Porção	Cobrança
0901	Custo de Disponibilidade	14,49	0,00	0	0,00	14,49	0,00	0,00	0,00
0901	Adic. S. Vermelho	0,49	0,00	0	0,00	0,49	0,00	0,00	0,00
0901	Adic. B. Amarelo	0,28	0,00	0	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00

Comprovante de residência



10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/8/BLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Felison Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilverson Junior Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.727.944 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Wilverson Junior Bastos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.727.944 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Laiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>restao.asessoria@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>	

Itaporanga 10 de Novembro de 2017.
Local e Data

Declaração Circular SUSEP 445/12

Felison Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, LUIS JACINTO DA SILVA

RG nº 23.27444, data da expedição 12 / 08 / 96, órgão SSP/PB

Portador do CPF nº 031.493.064-74, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, estado de PARAIBA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ACESSO PARA PLANÇO

nº S/N, complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: Wimerson Junior Banta, cujo condutor era: O MESMO

Veículo: YAMAHA/YS 150 FAZER SED MOTO

Modelo: YAMAHA/YS 150 FAZER SED

Ano: 2013/2014

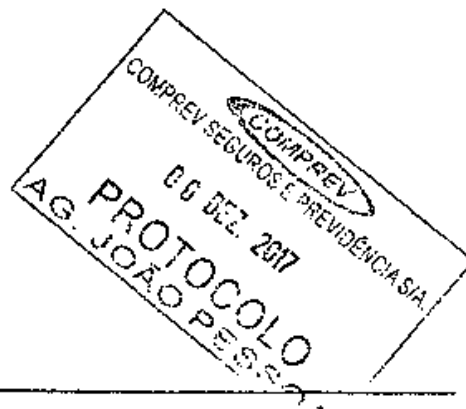
Placa: 0X04380

Chassi: 9C6KG0650E0002942

Data do Acidente: 25/09/2017

Local e Data: ITAPORANGA/PB 16 DE OUTUBRO DE 2017

Declaração do proprietário do veículo



Assinatura do Declarante



CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
AV. SETE DE ABRIL, 10 - CENTRO - ITAPORANGA - PB (05.013.000) - Fone: (31) 3333-1111

Reconheço a firma de AUTENTICIDADE de LUIS JACINTO DA SILVA.
ITAPORANGA/PB, 16 de outubro de 2017.
Em test. Wimerson da verdade
Mº do Sócio José Barros (Tab. Substituto)
Selo Digital - AFD18459-15G5
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DADE)

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



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 266/73 CNPJ: 06.720.268/0001706

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUARY CARMEIRO

ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

VEIO NO SAMU

UF: 25

Presencio: WERVERSON JUVITO BASTOS

Mae: DEUSDEDIT BASTO DE SOUZA JUVITO

Nascimento: 30/01/1980 Idade: 26 Cor: BRANCA

Profissao: TERCULIAO

Endereco: PROJETADA

Bairro: AVENIDA CONEGO FIRMINO

Cidade: PEDRA BRANCA - PB - 68780-000 - 2411004

CNS: 704-5073-6550-7810

CPF: 25/08/2017 11:53:32

Data / Hora: 25/08/2017 11:53:32

Recepcionista: ALANE

Ficha clinica: 223824

PESO: PA: TEMP: 101076

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Ex físico normal e apso queda de moto.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Infirmary: O.C. G. A. F.

CLINICAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO

02 - URGENCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA

04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESOES E ENVOLVIMENTO POR AGENTE

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNOSTICO

CID-10

MEDICACAO

1 - PRESCRITA

2 - AUTODIA

OBSERVACAO

OUTRO HOSPITAL

RESIDENCIA

ORBITO

INTERACAO

OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CODIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	4	0	8	0	2	0	1	6	4
2.										
3.										

Dr. Diego S. Santos, dos Profissionais Assistenciais - Caminhos

Onopeltia e Traumatismo

Campos de Trabalho

Medico / Cbm / Cas

DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO - 10932 - 114-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo (Paciente)

ASS. REVISOR TÉCNICO - Caminho

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Caminho

COMPREVE E PREVIDENCIA SIA
30 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. 3042000
Documentacao medica - hospitalar

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HCRACIO NOBREGA, S/N
PATCS PARAIBA (83)3423-2741

Procurador: 101076

Data/Hora 25/9/2017 12:29:36

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente: WERVERSON JUVITO BASTOS

Idade: 26 Sexo M

Endereço

Endereço: ANTONIO JUVITO DE SOUZA
Endereço: DEUSDEDIT BASTO DE SOUZA JUVITO

Endereço

Endereço: PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004
Endereço: PROJETOADA
Bairro: AVENIDA CONEGO FIRMINO
Naturalidade: PEDRA BRANCA - PB
Fone: 8392220931

N.: SN

Documentos

Endereço: 704-5073-6550-7910

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço: 20/9/1950

Endereço: PARDA

Endereço: CASADO(A)

Endereço: TERSELAO

Endereço

Endereço: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Dr. em exame (E)
Dr. local
SI. Simon

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dr. em exame (E)
Dr. def. NMS

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx
EE.

Endereço

Endereço

Resultado: () Satisfeito () Melhorado () Falecido () Transferido Em, 1/1/1

Recepcionista: ALANE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
ARTIGOS 180, 181 E 182 DO CONSTITUCIONAL

PARAÍBA

WERVERSON JUVITO BASTOS

CPF: 0325236 SSF PO

CPF: 015.727.944-88 Data de Nascimento: 30/09/1990

Nome: ANTONIO JUVITO DE SOUZA
Paterno: DEUSDEDI BASTO DE SOUZA JUVITO

Matrícula: 05609555736 Vigência: 14/12/2021 1ª Emissão: 03/10/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1468845694

PROVIDO PLÁSTICO

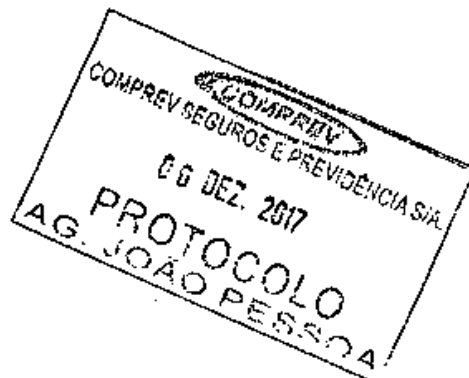
1468845694

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB Data de Emissão: 20/03/2017

06635876988 28033741980

PARAÍBA

Documentos de Identificação



8



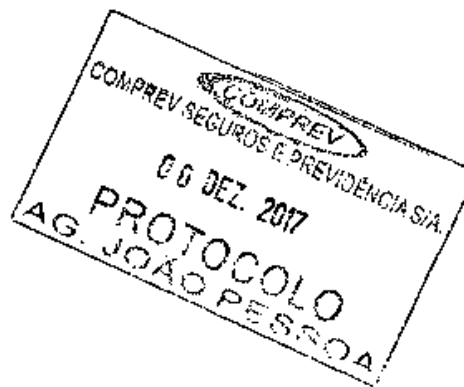
Sistema Integrado de Veículo Funcionario 40053
VEIPC001 - Consulta ao Cadastro Local ==> CVP 16/10/2017 09:03:23

Protocolo.: 201600001475687 Exercício: 2016 Mot.: 9 Dat/Cadas.: 06/01/2014
Nome.....: LUIZ JACINTO DA SILVA Dat/Atual.: 15/07/2014
Identidade.: 2327774 PB CPF/CNPJ: 03149306477 Dat/Aquis.: 10/07/2014
Munic.Resid: ITAPORANGA Endereco.: ***

Placa: OXO4380 0 Chassi: 9C6KG0650E0002972 Renavam:591696606
Marc/Modelo: YAMAHA/YS150 FAZER SED Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA
Categoria.: PARTICULAR Especie: PASSAGEIRO Carroceria: NENHUMA
Combustivel: ALCO/GASOL Ano: 2013 Modelo: 2014 Cor: BRANCA Potencia:
Cilindradas: 149 Pass: 2 Carga: Eixos: 00 CMT: PBT: 000 30
Procedencia: NACIONAL No. Motor: G3B9E-008392 Faixa de Seguro: 09
Propr.Ant.: MARCOS PEREIRA DE SOUSA CPF/CNPJ: 05136379405
Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr Venda: SEM RESERVA DE DOMINIO

----- CONTROLE DO SISTEMA -----
D E T R A N: NAO Seguro.....: SIM
Debitos Licenci.: SIM P R F: NAO Restricoes...: NAO
Controle Emissao: SIM D E R: NAO Roubo/Furto.: NAO
Atualizacao.....: SIM SIM D N I T: NAO Historico....: SIM
RECALL Montadora: NAO PREFEITURAS: NAO Outros.....: SIM
Restr. R.F.B. : NAO RENAINF.....: NAO RENAJUD: NAO

DUT



Caporanga, 24 de Janeiro de 2018.

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: Wenerson Junior Bortez

SINISTRO: 3170 65 37 22

Outros

Prezados Senhores:



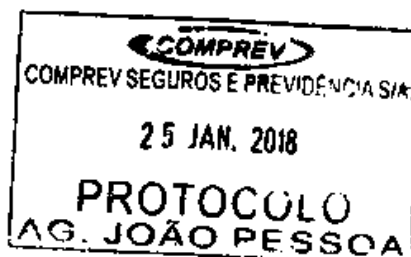
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Regional OCP Gonduty Carneiro número de Prontuário 101076, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente,



Suelio Rodrigues da Silva

PROCURADOR



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Weslerson Junior Bastos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Solteiro
Profissão: Securão
Identidade: 3.395.236 / CPF: 015.727.944-88
Endereço: Rua Anísio para Pimenta, S/N, Centro, Itaporangá PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporangá/PB

Procuração



Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Weslerson Junior Bastos

Local e data: ITAPORANGÁ/PB, 16 DE OUTUBRO DE 2017

Weslerson Junior Bastos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

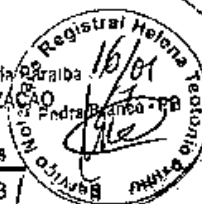
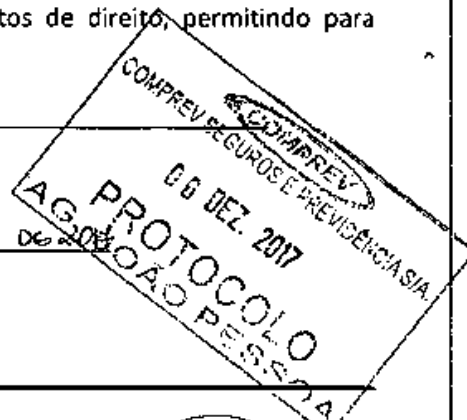
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
RUA MANOEL CLAUDIO DA SILVA, 408
PÉDRA BRANCA - PB
FONE: (31) 3340-9433 / 3743-7199

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) do Weslerson Junior Bastos
em 16/10/2017
em Pedra Branca - PB
o referido e verdade, dou fé.
Edilson Rodrigues dos Santos

Cartório de Registro Civil e Notas
Selo Digital de Fiscalização
Selo Normal Tipo
Outros Atos Registrados

AFS51666 - Y393

Confira os dados de ato em
<https://selo.digitajpb.jus.br>



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653712 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERVERSON JUVINO BASTOS **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, ATROFIA IMPORTANTE DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: APESAR DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR CONSTAR COMO LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, EXAMES DE IMAGEM E EXAME FÍSICO CONFIRMAM LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

