



Número: **0821808-50.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38991734	02/02/2021 12:17	<a href="#">2780548_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111053

Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15619687





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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111053

Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001619-5

Conta: 0000044306-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01039/01040 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020520

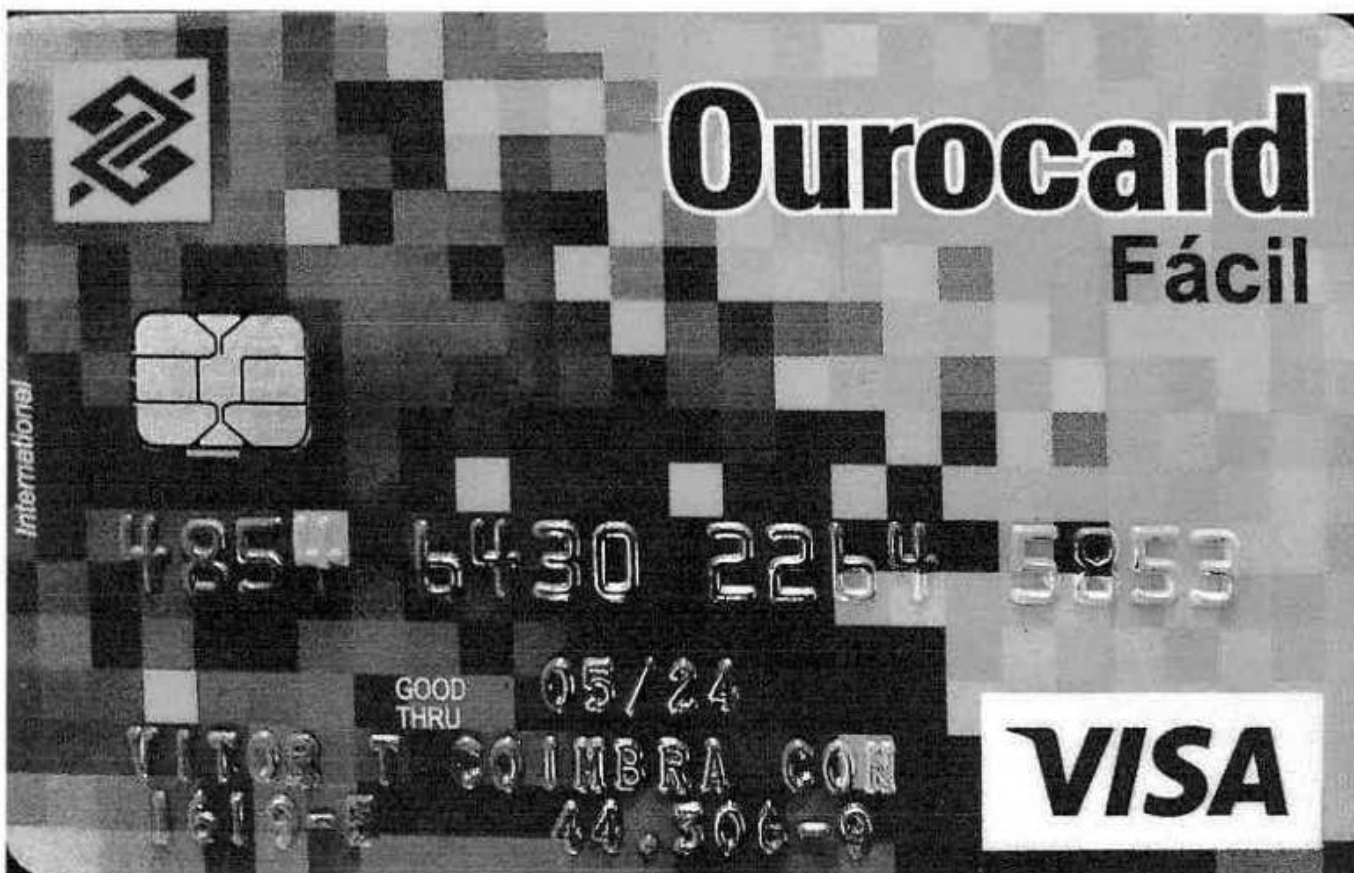




2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	057.622.087-61	VITOR TADEU COIMBRA CAVALCANTE

5 - Nome completo: VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO			6 - CPF: 057.622.087 - 61	
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA COMANDANTE MATOS CAMPOS		9 - Número: 140	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CASTELO BRANCO	12 - Cidade: SÃO PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58050-120	
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (083) 98708-8728	

Número do documento: 21020212170658400000037171177





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02460.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02460.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:19 horas do dia 05 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Vitor Tadeu Coimbra Conceição**, CPF nº 057.622.087-61, RG nº 123129561 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Rosane Fatima Coimbra da Conceição e Cleobolito Vitor da Conceição Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 11/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comandante Matos Cardoso, Nº 140, complemento Casa, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro Espirita Nosso Lar, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99933-2500.

#### **Dados do(s) Fatos:**


Local: Em Frente Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/09/19 00:11h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

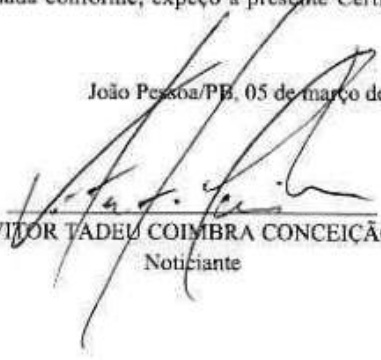
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o seu veículo, uma motocicleta, JTZ/CHOPPER RL ano/mod. 2018/2019, Cor: Vermelha, PLACA: QSH9675/PB, Chassi: 99KPC7LKKM101709, na Av. Pedro II, sentido Torre/Castelo Branco, quando foi efetuar uma ultrapassagem pela esquerda foi surpreendido por outro veículo, que estava em sua frente não dando tempo do noticiante evitar uma colisão, vindo a cair ao solo, que logo após foi conduzido pelo SAMU, até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado, com Fratura da Extremidade Superior do úmero Esquerdo - CID: 10 S 42.2 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira - CRM: 2516/PB.

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

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.

  
ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

  
VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO  
Noticiante

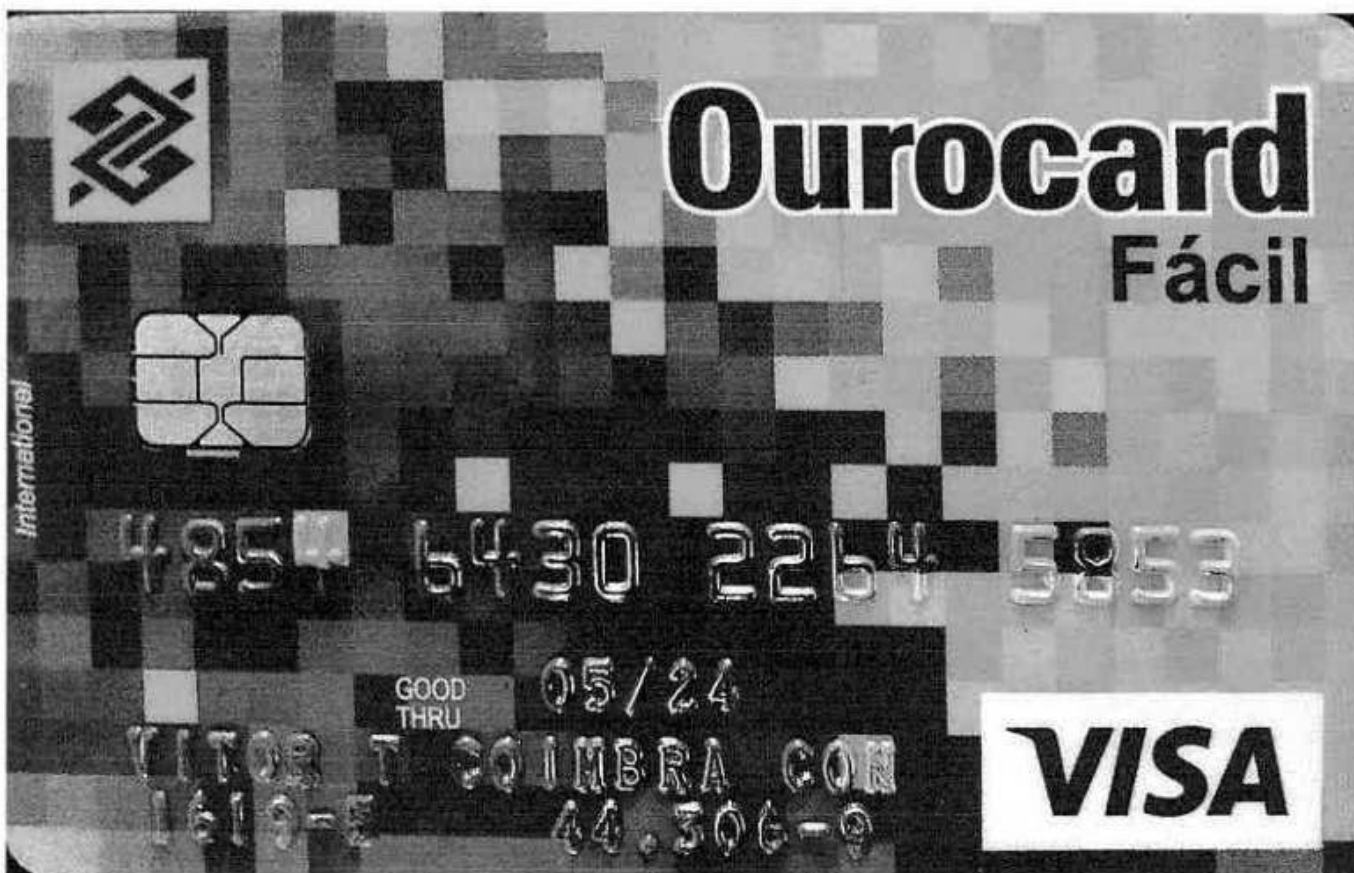
Procedimento Policial: 02460.01.2020.1.00.401







Número do documento: 21020212170658400000037171177







Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1188232



### Identificação do paciente

ID 1436457	Nome VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO	Sexo Masculino
Data de nascimento 11/12/1985	Idade 33 anos 8 meses 26 dias	Estado civil Prontuário
Mãe ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO	Pai CLEOBULO VITOR COIMBRA DA CONCEICAO FILHO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Celular 83	Celular 999332500	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 123109561	Nº Cns 702004344886888
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBOIR

### Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMANDANTE MATOS CARDOSO
Número 140	Complemento	Bairro CASTELO BRANCO	

### Admissão

Data e Hora 06/09/2019 00:11:04	Número da pulseira 1000008106826	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 68seg

Imprimir

06/09/2019 00:07



# 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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01619-5

CONTA: 000000044306-9

---

---

Nr. da Autenticação 3821482936F78C01





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO  
COMANDANTE MATOS CARDOSO 140 CASA  
CASTELO BRANCO  
JOAO PESSOA - PB  
58050.120



501319698741999000000845630161019

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

R F J

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO  
DADOS DE NASCIMENTO 11/12/85  
NOME DA MÃE ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.188.232  
Nº PRONTUÁRIO 117.921  
DATA DO ATENDIMENTO 06/09/19  
HORA DO ATENDIMENTO 00:11  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E  
CID 10 S 42.2

### AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), encaminhada UPA 24h de João Pessoa, PB, apresentando trauma isolado no ombro E com dor e limitação dos movimentos, Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E  
RX do ombro E - AP e Oblíquo

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero E à TC e RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico, mas optado por manipulação articular e tratamento conservador pelo Dr. Tammer Moraes e Dr. Teófilo Vanomark da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19  
DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NERONHA TEIXEIRA  
MÉDICO  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Neronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente  
**VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO**

Data de nascimento  
11/12/1985

Mãe

**ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO**

Endereço

**COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140**

Acidente

**QUEDA / OUTROS**

Data/Hora Classificação  
06/09/2019 00:11:04

Idade

**33a 8m 26d**

Motivo

**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

BAE

**1188232**

Sexo

**Masculino**

Bairro

**CASTELO BRANCO**

Data/Hora Entrada

**06/09/2019 00:11:04**

CNS

**70200434488888**

Município

**JOAO PESSOA**

Profissional

**ROBERTO PIRES DE ALMEIDA**

Data/Hora Prescrição

**06/09/2019 05:19:41**

Data Baixa

Telefone de Contato

**(83) 999332500**

Prontuário

UF

**PB**

Nº Cons. Regional

**7118/PB**

## ANAMNESE

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTS)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

Roberto Pires de Almeida  
Ortopedista e Traumatologia  
CRM 112.124-1/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:17:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212170658400000037171177>

Número do documento: 21020212170658400000037171177



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

**o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente <b>VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO</b>	BAE <b>1188232</b>	Data/Hora Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>11/12/1985</b>	Idade <b>33a 8m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999332500</b>
Mãe <b>ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO</b>		CNS <b>702004344886888</b>	Prontuário
Endereço <b>COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140</b>	Bairro <b>CASTELO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>5221/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/09/2019 00:11:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/09/2019 01:53:46</b>	

## ANAMNESE

Refere trauma isolado no ombro esquerdo durante acidente de moto há horas. Pele íntegra sem déficits. Compartimentos flácidos. CD.: analgesia e radiografia. Reavaliação após.

## MEDICAÇÃO

CEETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MG/TSM)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

## CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

**ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA**  
(: 5221/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 06/09/2019 00:12:02



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:17:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020212170658400000037171177>

Número do documento: 21020212170658400000037171177





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente <b>VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO</b>	BAE <b>1188232</b>	Data/Hora Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>11/12/1985</b>	Idade <b>33a 8m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999332500</b>
Mãe <b>ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO</b>		CNS <b>702004344886888</b>	Prontuário
Endereço <b>COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140</b>	Bairro <b>CASTELO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO PIRES DE ALMEIDA</b>	Nº Cons. Regional <b>7118/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/09/2019 00:11:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/09/2019 04:16:02</b>	

## ANAMNESE

FRATURA UMERUO PROXIMAL SOLICITO TC OMBRO

## EXAME DE IMAGEM

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

## Conduta

Em observação

Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM-PB 7118 - TC JT 13401

Enfermeiro

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA  
(CRM: 7118/PB)

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 06/09/2019 00:12:02





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGRE  
o trabalho

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO  
Em: 09/09/2019 06:42:57

Nome <b>VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO</b>	Boletim de Atendimento <b>1188232</b>	Data/Hora Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data/Hora Saida
Data de nascimento <b>11/12/1985</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702004344886888</b>
Tempo de Internação <b>3d 7min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data Internação <b>06/09/2019 06:35:59</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 6h 31min</b>	Permanência no Leito: <b>3d 5min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 09/09/2019 06:42:42)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:  
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA  
FRATURA DO COLO DO UMEROS ESQ  
EXAME LAB OK  
CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO EXTRA 23  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGRE

o trabalho

Impresso por: LUCIANO  
JOSE LIRA MENDES  
Em: 06/09/2019 11:11:34

Nome <b>VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO</b>		Boletim de Atendimento <b>1188232</b>	Data/Hora Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>11/12/1985</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702004344886888</b>	Prontuário <b>117921</b>
Tempo de Internação <b>4h 36min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/09/2019 00:11:04</b>	Data Internação <b>06/09/2019 06:35:59</b>	Permanência na Unidade: <b>11h</b>	Permanência no Leito: <b>4h 34min</b>	

## EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 06/09/2019 11:11:25)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO COLO DO UMERU ESQ

EXAME LAB OK

CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 23

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano Jose Lira Mendes  
CRM 4290



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Vitor Tadeu Gomes Conceição BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 27/09/2019  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Manipulação articular  
 Cirurgião: Tamires Moraes 1º Assistente: Thaís Viana  
 2º Assistente: João Paulo (MRL) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de úmero proximal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manipulação articular</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não, Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Tamires Gomes da Silva  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 6104

João Pessoa, 27/09/2019

F(NG).ASCIR.009-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- Paciente em DDH

#### Incisão:

#### Achados:

Paciente com o diagnóstico de fratura do quadril há mais ou menos 22 dias. Sem queixa de dor com toques.

#### Conduta:

Realizada a reposição articular do quadril (E) por fratura com interrupção de imagens; observado fratura desviada já com aspecto de consolidação.

Ataria de deltoide devido desvio; ferida sobre o quadril; manter toques, incisão fechada 3-1 pontos.

#### Fechamento:

#### Observação:

Dr. Tammar Gomes de Moraes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 6139

João Pessoa, 2

Médico/CRM:





Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
IDENTIFICAD GEMAL	12.312.956-1	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/01/2014
NOME VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO			
FILIAÇÃO CLEOBULO VITOR DA CONCEIÇÃO FILHO ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
RIO DE JANEIRO	11/12/1985		
DOC. ORIGEM	C. NASC LIV 871 FLS 290V TERM 92479 C 008		
RIO DE JANEIRO	RJ		
CPF	001 2 Via		
FERNANDO AVELINO R. VITÓRIA PRESIDENTE DO DETRAN-RJ Nº 26/2007-550-7			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			







MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

# CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

**057.622.087-61**

Nome

**VITOR TÁTEU COIMBRA CONCEIÇÃO**

Nascimento

**11/07/1985**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA**

**DETRAN - PB** Nº **014666336822**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA **1** COD RENEV **20190000254707-7** EXERCÍCIO **2019**

COD **0119494966-2** 00/00000000

NOME **VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO**

CFF/CNPJ **05762208761** PLACA **QSH9675/PB**

PLACA ANT/UF **NOVO PB** CHASSI **99KPCCK7LKKM101709**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **JTZ/CHOPPER RL** ANO FAB **2018** ANO MOD **2019**

CAP/POT/CIL **2 P/149 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA UNICA **IPVA PAGO EM 14/06/2019** VENC COTA UNICA **1º**

FAIXA IPVA **\*\*\*\*\*** PARCELAMENTO/COTAS **0** **2º**

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) **\*\*\*\*\*** (OF (R\$) **SEGURO** PRÊMIO TOTAL (R\$) **PAGO** DATA DE PAGAMENTO **14/06/2019**

OBSERVAÇÕES **SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

JOAO PESSOA - PEAL **9999999** DATA **14/06/2019**

**7003781**

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS**  
**VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**

**PB Nº 014666336**

**ESTE É O SEU CERTIFICADO PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDIÇÕES**  
**www.seguroobrigatorio.pb.gov.br**  
**SAC 0800 700 3781**

VIA **1** CFF **05762208761**

RENAVAM **01194949662** DT **14/06/2019**

ANO FAB **2018** CAT. TARIF **9** 9º

PR **\*\*\*\*\*** FNS (R\$) **\*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (R\$) **\*\*\*\*\***

PAGAMENTO **COTA ÚNICA**

**SEGURO** **7003781**



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFIRMAÇÃO DE INCAPACIDADE E TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ \_\_\_\_\_
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ \_\_\_\_\_
- DESPESAS MÓDULAS DAS LESÕES = R\$ \_\_\_\_\_
- DESPESAS MÓDULAS DA REABILITAÇÃO = R\$ \_\_\_\_\_

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS ÚTIS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DE RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POR FAVOR, MARQUE A OPÇÃO CORRETA
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111053 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111053 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO POR MANIPULAÇÃO ARTICULAR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

