



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
38991 734	02/02/2021 12:17	<u>2780548_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 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, contados 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 n° 15619687



Pag 01639/01640 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:17:06
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021217065840000037171177>
Número do documento: 2102021217065840000037171177

Núm. 38991734 - 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, 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

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

www.english-test.net

Recebedor: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Recebedor: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Agência: 000001619-5

Cuenta: 000004430

CONT. 66

Tipo: Cuenta Corriente

NOTA: O percentual final

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:17:06
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021217065840000037171177>
Número do documento: 2102021217065840000037171177

Núm. 38991734 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: VITÓR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO
6 - CPF: 057.622.087-61

7 - Profissão: RECLUSO
8 - Endereço: RUA COMANDANTE MATOS CAMPOS
9 - Número: 140
10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CASTELO BRANCO
12 - Cidade: SOZÉS PESSOA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58050-120

15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD): (083)98708-8728

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"/> 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)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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(nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

impossibilidade
temporária
de exercer
atividades
profissionais

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

SÓZÉS PESSOA 06/03/2020

X / /

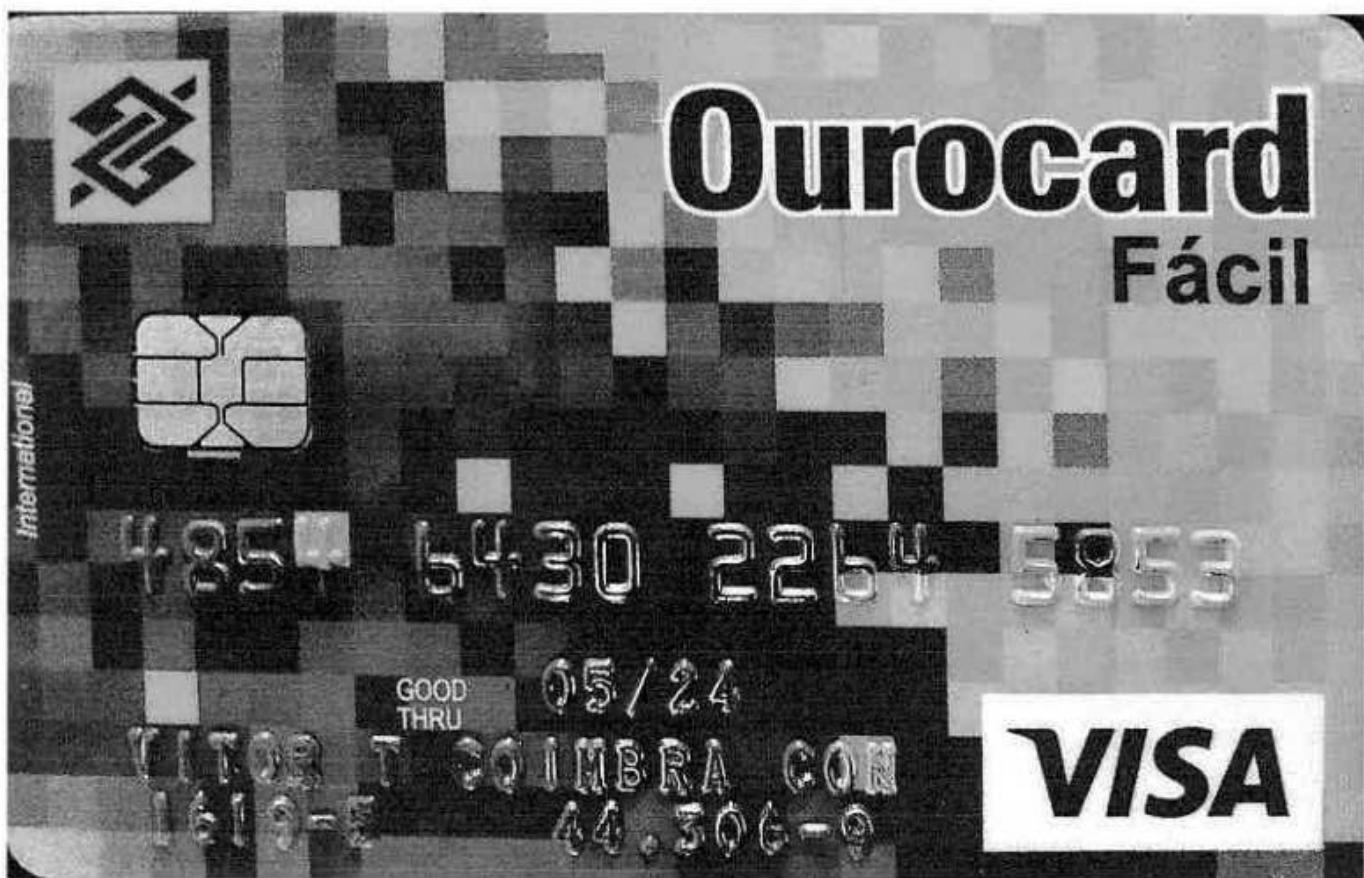
TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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

Num. 38991734 - Pág. 4



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 Cleobolo 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 Espírito Noso 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: 99KPCK7LKKM101709, 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 de 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

1/1



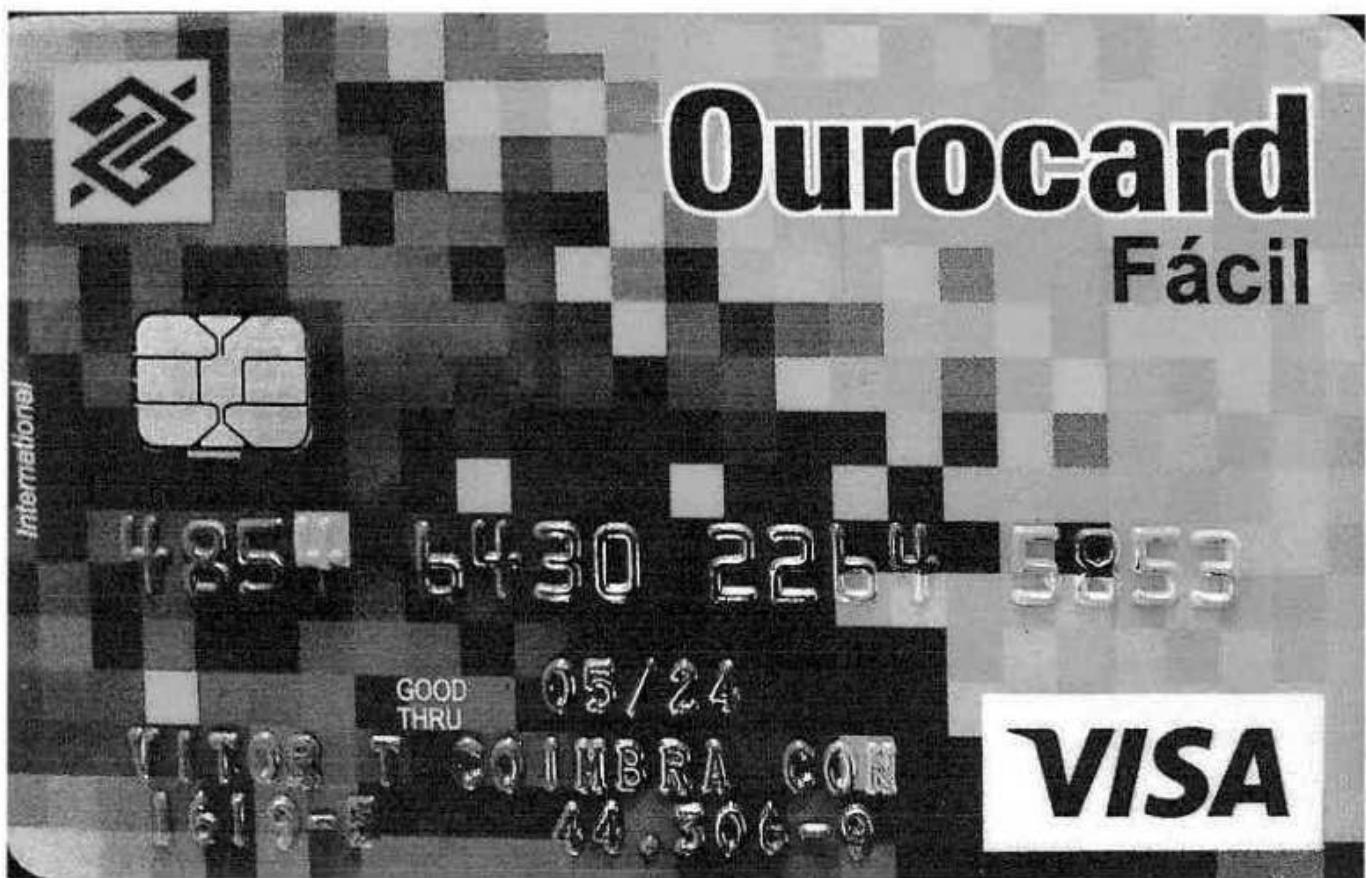


PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: VITÓRIO TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: VITÓRIO TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO		6 - CPF: 057.622.087-61		9 - Número: 140	
7 - Profissão: RECUSO RUA COMANDANTE MATOS CAMPOS		8 - Endereço: 12 - Cidade: SANTOS PESSOA		10 - Complemento: CASTELO BRANCO	
11 - Bairro: CASTELO BRANCO		12 - Cidade: SANTOS PESSOA		13 - Estado: PE	14 - CEP: 58050-120
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (083)98708-8728			
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: X 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) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do brasil			
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		Sim	Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos? Sim Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(não nascer)? Sim Não	31 - Vítima teve irmãos? Sim Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não					
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não veracidade poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					
34 Impossibilidade de apresentar óbito da víuma ou beneficiário não falecido		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido			
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____			
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data, <u>SANTOS PESSOA SP 06/03/2020</u>		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante		Assinatura da testemunha			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

V002/2019





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

Num. 38991734 - Pág. 7



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador: Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - 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	Religião	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 Cnes 702004344886888		
Local de procedência BANCARIOS	Type BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBO/R		

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	Clínica	
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	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

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



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

Num. 38991734 - Pág. 9



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



http://www.ijerph.org

VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO
COMANDANTE MATOS CARDOSO 140 CASA
CASTELO BRANCO
JOAO PESSOA - PB
58050-120



5013126987419990000000845630161019

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 12:17:06
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021217065840000037171177>
Número do documento: 2102021217065840000037171177

Num. 38991734 - Pág. 10



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 PRONTUARIO 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), encaminhadoda 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 Obliquo

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 Morais e Dr. Teófilo Vanomark da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19

DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NERONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB

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



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

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

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

...ETOPROFENO 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 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

Dr. Alberto Rodrigues Vieira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-5221/PEOT 7703

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

Num. 38991734 - Pág. 13



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

BAE
1188232
Idade:
33a 8m 26d

Data/Hora Entrada:
06/09/2019 00:11:04
CNS
702004344886888

Data Baixa

Telefone de Contato:
(83) 999332500
Prontuário

Mãe:
ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO

Endereço:
COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140

Bairro:
CASTELO BRANCO

Municipio:
JOAO PESSOA
Profissional:
ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
Data/Hora Prescrição:
06/09/2019 04:16:02

UF:
PB
Nº Cons. Regional:
7118/PB

Acidente:
QUEDA / OUTROS
Data/Hora Classificação:
06/09/2019 00:11:04

Motivo:
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

FRATURA UMERO PROXIMAL SOLICITO TC OMBRO

EXAME DE IMAGEM

TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Conduta

Em observação

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-PB 7118 - TCRJ 13403

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

Enfermeiro

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**

**SEGUE
o trabalho**

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

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

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

ORTOPEDIA

FRATURA DO COLO DO UMERO 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



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

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

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍCÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO COLO DO UMERO ESQ

EXAME LAB OK

CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 23
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Lúcio
Cirurgia
CRM 4290



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

Num. 38991734 - Pág. 16

RELATÓRIO DE CIRURGIA



BRASIL

Nome: Vitor Tadeu Comba Corrêa BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/09/2019
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Manipulação articular 1º Assistente: Trafil Vazquez
 Cirurgião: Tamires Mogaes 3º Assistente: _____
 2º Assistente: José Paul. (M.R.) Anestesista: _____
 Instrumentador: _____ Horário: Início: _____ Término: _____
 Tipo de Anestesia: _____

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

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 Mogaes da
Ortopedia e Traumatologia*
CRM-PB 6104

João Pessoa, 27/09/2019

F(NG).ASCIR.0019-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH

Incisão:



Achados:

- Paciente com o diagnóstico de fratura do úmero p.
há mais ou menos 22 dias. Sem queixa de dor
com tipos.

Conduta:

- Realizou tomografia articular da orelha (CT) p.
fazendo com intensificação de injeção; observado
desvinal já com aspecto de consolidação.

- Ataraxia de deltóide pluvio desseus p.
sobre o ferimento; morte tipica, inicio fortalecimento
3-4 semanas.

Fechamento:

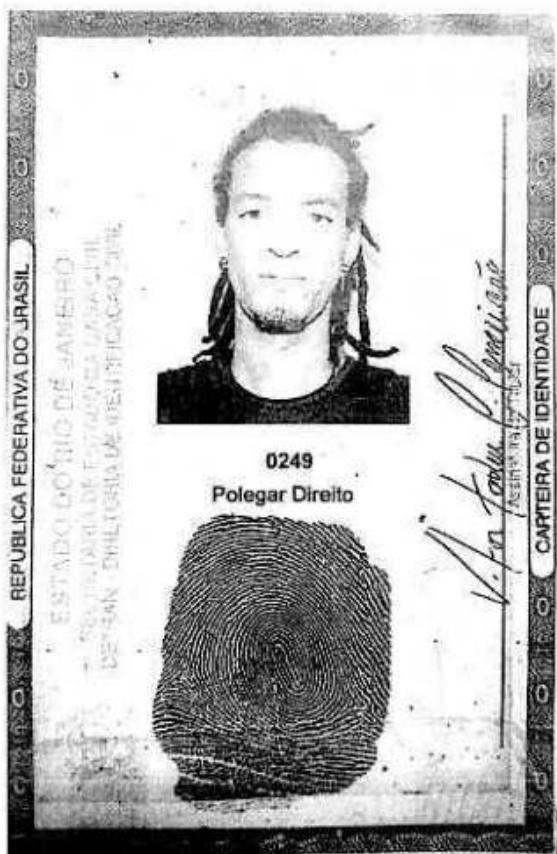
Observação:

Dr. Tammer Gomes de Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 6108

João Pessoa, 2

Médico/CRM:





Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 12.312.956-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2014

NOME VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO

FILHO CLEÓBULO VITOR DA CONCEIÇÃO FILHO

ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

NATURA IDADE 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 E. VIEIRA
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
NASC. 26/07/1930-7

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



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

Num. 38991734 - Pág. 19



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

057.622.087-61

Nome

VITOR TATU OMBRA CONCEICAO

Município

SAO PAULO



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

Num. 38991734 - Pág. 20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

LACRE 0047869534

DETAN - PB	Nº 014666336822			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA	COD. RENAVAT	2019-00000254707-1	EXERCÍCIO	
1	0119494966-2	00/00000000	2019	
NOME:				
VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO				
CPF/CNPJ	PLACA			
05762208761	QSH9675/PB			
PLACA ANT/UF	CHASSI			
NOVO	99KPK7LKKM101709			
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL			
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA			
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.		
JTZ/CHOPPER RL	2018	2019		
CAP/PO1/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA		
I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS	
	IPVA PAGO EM	14/06/2019	1 ^o	
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^o	
	*****	0	3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		OP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGUR	PAGO	14/06/2019
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
JOÃO PESSOA - PB		DATA		
9999999		14/06/2019		
		7003781		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DA
AUTOMÓTORES DE VIATERRA
TRANSPORTAD

PB Nº 014666336

**ESTE É O SEU
PARA MAIS INI
AS CONDIÇÔ
www.se
SAC I**

VIA	1	05762208761	CPF /
RENAVAM	01194949662	IT	
ANO FAB.	2018	CAT. TIME	
	9	9	
PR	FNS (R\$)		
*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)			

<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		PAGAMEN	
SEGURA			
CI 7003781-1			





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO

ULTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ **CPF DA VÍTIMA** _____

BORTADOR 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 DE RESIDÊNCIA

DIRETTORE/REPRESENTANTE LEGALE E CHI HA REPRESENATATO L'UTERNA INCHEZ, SE O GIA' AL ANNO, DORENTE PER DAL GIUDICE

-DOCUMENTOS BÁSICOS

- REGISTRO DE OCORRÉNCIA EXPEDIDO F
 - CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
 - CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍV
 - RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INF
TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLI
 - COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS)
 - NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) E
SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME
(ORIGINAL)
 - AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDIT
CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS TAI

- DOCUMENTOS COMPLEM

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES
DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRAB
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL ,SE HC
 - COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NO
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUIM BERR

INFORMAÇÕES IMPORTA

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 1.000.000,00
- INVALIDEZ P. DAS LESÕES
- DESPESAS M. VÁRIA CONDIÇÃO

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEM SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTR

DATA

IDENTIDADE

ESTIMATING A



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



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

Num. 38991734 - Pág. 23

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



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

Num. 38991734 - Pág. 24