



07/04/2021

Número: **0808357-26.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.012,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO GERONCO DE ARAUJO (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41477958	07/04/2021 14:16	Petição	Petição
41477960	07/04/2021 14:16	2563497_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
41477961	07/04/2021 14:16	2563497_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº: 11124146

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01241/01242 - carta_01



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11155790

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00377/00378 - carta_02

00050189



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325118

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro: 3170307916 ASL-0211692/17
Vitima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000000053661-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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. 01963/01964 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170307916 - 1
Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO PIRIPIRI nº 0 - AREA RURAL - MARI/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1387404 - SSP
Data local do exame: 06/07/2017 JOAO PESSOA/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLOGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

IV. 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

CRANIOFACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 06/07/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB


João Fernandes de Souza
CRM - PB 2732



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 14:16:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040714160420800000039487979>
Número do documento: 21040714160420800000039487979



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SEVERINO GERONIMO DE ARAUJO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.387.404 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 19/08/16 E

CPF 021860084-40 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO RECEI-SC

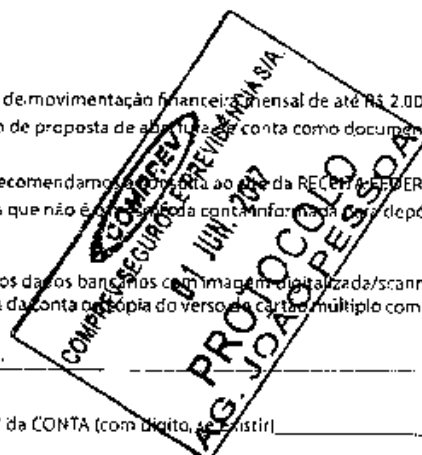
E RENDA MENSAL DE R\$ RECEI-SC NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT. Sinistros que não é inscrita a conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta cópia do verso e cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0322 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 53661-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

3.ª PERUA 30 de maio de 2017

LOCAL E DATA

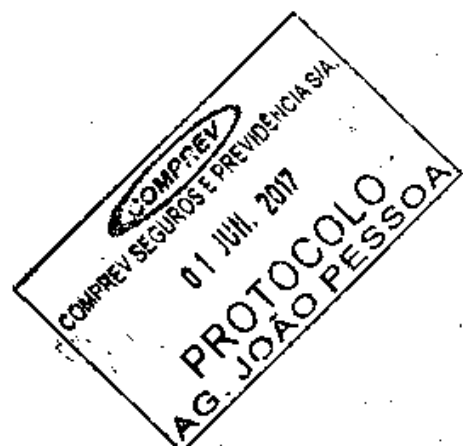
Severino Gerônimo de Araújo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.







GOVERNO

DOCUMENTO 1 *T1%



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 143/2017

Aos OITO dias de MAIO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MARI/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevi(o) do seu cargo, ai, por volta 10h:24min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO, conhecido por BIU, Identidade nº 1387404-SSP/PB, CPF nº 021.860.084-40, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciado, profissão: agricultor, filho(a) de Geroncio Benedito De Araujo E De Maria Leonor Da Conceição, natural de Mari/PB, nascido(a) em 14/06/1967 (49 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Piripiri, Zona Rural De Mari/Pb, tendo como ponto de referência: , na cidade de MARI/PB, fone(s) para contato: 83.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 18 de 12 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 19h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO PIRIPIRI, ZONA RURAL DE MARI/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: POLICLINICA DA CIDADE DE MARI/PB E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSP. DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA HONDA CG 150 FAN EST, COR VERMELHA ANO E MODELO 2010/2010 PLACA NQC 6215/PB, CHASSI Nº 9C2KC1550AR095384, RENAVAM 0021498402-8, EM NOME DE SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

CLAUDIO JOSE AUGUSTO RG Nº 1.877.166 SSP/PB E CPF 084.047.614-00

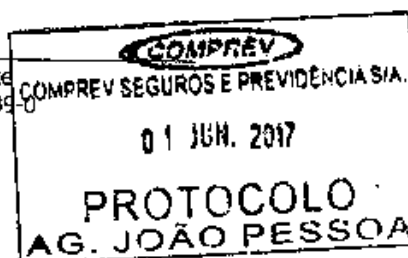
8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que foi vítima de acidente automobilístico na data, hora e lugar acima citados; Que conduzia a motocicleta, e ao se desviar de um cachorro o mesmo caiu ao solo; Que devido a gravidade do acidente, o noticiante foi transferido para o HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA EM JP/PB; Que foi transferido em uma ambulância pertencente a Policlínica da cidade de Mari/PB.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevi(o) que digitei.

Severino Geroncio de Araujo
SEVERINO GERONCIO DE ARAUJO
Comunicante

Escrevi(o)/Agente
Maticula nº 157.339-0



DOCUMENTO 3 *T3M*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO GERONIMO DE ARAUJO, portador
da carteira de identidade nº 1.387.404-PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
021.860.084-40, residente e domiciliado na SITIO PIRIPIRI,
SLN, AREA RURAL, e
Cidade MANI, Estado PARNABA, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Severino Gerônimo de Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS POMA, 30/05/17
Local e data



DOCUMENTO 2 *T29*



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO GENONCO DE ARAUJO

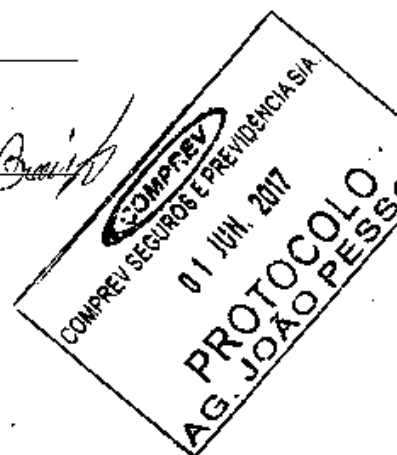
RG nº 1.387.404, data de expedição 19/08/16, Órgão SSP/PB, CPF nº 021.860.084-40 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Piripiri</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>HAM</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58345-000</u>
Telefone de contato	<u>(83)98890-4343/98838-4807</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOS PESSOA, 30/05/17.

Assinatura do Declarante:



MARIA LEONOR DE ARAUJO
SIT PK/PRI, S/N - AREA RURAL
MARIPÓCEP 5504000 (AO 51)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL NÃO FASCO BZAL m3
Ratão: 10-52-411-4750
Nº de leitura: 0000083297

Atendimento ao Cliente ENERGISA

Conta referente a

Jan / 2017

Apresentação

17/01/2017

Data prevista da próxima leitura

14/02/2017

CPF/CNPJ RANI

4474591442

Faturas em anexo

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	38
Nov/15	37
Out/15	29
Sep/15	18
Ago/15	18
Jul/15	6
Jun/15	7
Mai/15	5
Abr/15	6
Mar/15	4
Fev/15	11
Jan/15	10

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	19,52	1,0100	0,20
COFINS	19,02	4,7801	0,93

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

24/01/2017 R\$ 20,07

Reserva

02c8.5a08.c5d8.5f24.aca5.b3c1.a9a2.cd81.

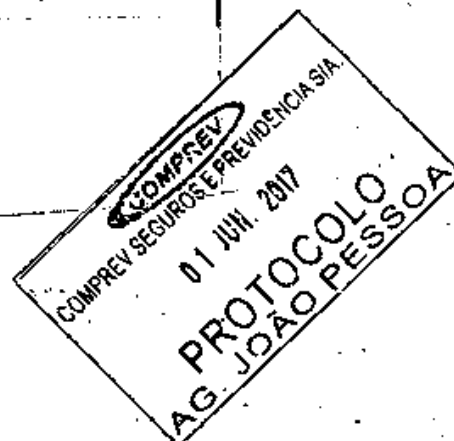
Indicadores de Qualidade 11/2016-Dez

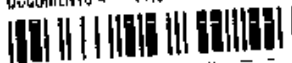
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Limite de Tensão (V)	Valor	%
DURMEZAL	12,78	2,47	NOMINAL	7,35	35,00
DURMEZAL	25,52			5,72	40,29
DURMEZAL	51,05			6,45	7,38
FICMEZAL	7,91			2,18	15,75
FICMEZAL	15,81			1,58	7,97
FICMEZAL	31,63			0,00	0,00
DURMEZAL	8,91				
DURMEZAL	15,80				
Total				20,07	100,00

Valor de EUSD (R\$) 11/2016 (R\$) 153

ATENÇÃO

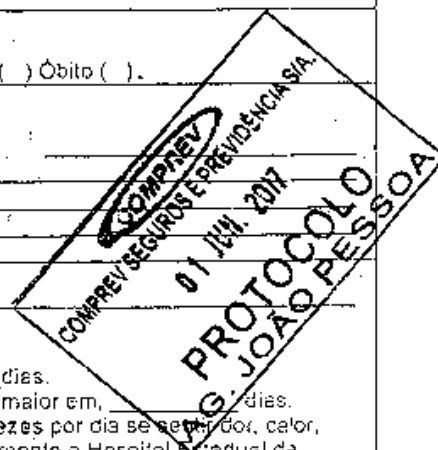
Leitura confirmada



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Sérgio Renato de Araújo</u>		Registro: <u>968482</u>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: Ent: Leito:
Data de admissão:		Data da alta: <u>23.12.16</u>	
Diagnóstico inicial: <u>T.E.E.</u>			
Diagnóstico final: <u>Fratura temporal (C)</u>			
Outros diagnósticos: <u>Fratura</u>			
Principais exames: <u>TC crânio</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ho. com crânio</u>			
Terapêutica medicamentosa:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações:			
<u>ECG: 7/1</u>			
<u>SD DEFICIENT MOTIV</u>			
Dieta: <u>CLLST</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias, <u>30</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>Dipirona, Diltiazem</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>23.12.16</u> para retirada de ponto			
Ao ambulatório <u>23.12.16</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>23</u> de <u>12</u> de <u>16</u>		Ass. Médico / CRM	
Este documento destina-se a aprovação do atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	14/06/67
NOME DA MÃE	MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.308
BOLETIM DE ENTRADA N.º	968.452
DATA DO ATENDIMENTO	19/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	00:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FRATURA TEMPORAL + FRATURA FRONTAL
CID 10	S06.9 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na cabeça, abdomen sem queixas. Glasgow 13. Sonolento, incinsciente. TC de crânio evidencia fraturas de osso temporal e frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax AP
Tomografia computadorizada de crânio

TRATAMENTO:

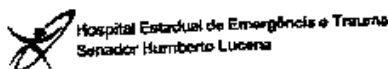
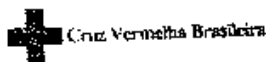
Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	23/12/16
DATA DA EMISSÃO:	27/03/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, em -- CNE5: 123312 - Tel: 3511-3111

Boletim de Atendimento: 968452



Identificação do paciente			
ID 1118245	Nome SEVERINO GERONÇO DE ARAUJO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/05/1967	Idade 49 anos 6 meses 5 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mãe MARIA LEONOR DA CONCEIÇÃO	Pai GERONÇO BENEDITO DE ARAUJO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDUARDO DA SILVA FELIX - OUTRO PARÊNTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 96080632	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1387404	Nº Cns	
Local de procedência MARI	Tipo MUNICÍPIO		UF PB
Email	Naturalidade MARI	CBO/R	
Endereço			
CEP 56345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PIRIPIRI
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 19/12/2016 00:59:51	Número do pulseira 1000004209744	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X ()	Sangue ()	Urina ()	TC ()
Líquor ()		ECG ()	Ultrassonografia ()
Dados clínicos (3530) 9/12/16 NCA Características de trauma (CT Crânio) (história) Front. esquerda Diagnóstico CT Crânio: sem lesões intracranianas Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL			

Dr. Ricardo R. Carvalho
Neurocirurgia
CRM - 6628

TOMOGRAFIA

TIPO ... *Pronto*
DATA ... *19/12/16*
HORA ... *20:01*
NOME TÉCN. RAD. ... *Wellington M. P. de Albuquerque*
Téc. em Radiologia
CRTR 060117

TOMOGRAFIA

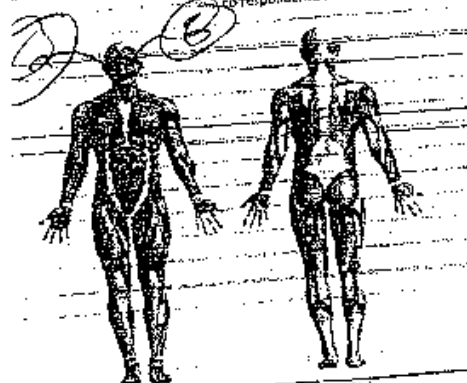
TIPO ... *Crânio, AP e*
DATA ... *19/12/16*
HORA ... *2:03*
NOME TÉCN. RAD. ... *Stefani*

19/12/2016 01



ME SECUNDÁRIO

☐ Não ☐ Sim
 VIGIA: ☐ Não ☐ Sim
 VINCULAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim
 INICIAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim
 CIOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim
 MENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim
 AL DA LESÃO: ☐ Não ☐ Sim



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Nervosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalme | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) ☐ 18 grau ☐ 24 grau ☐ 30 grau
 % Graus de queimadura:

EXAMES SOLICITADOS: ☐ Radiografias ☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Tomografia computadorizada
☐ Lavado peritoneal ☐ Gasometria arterial ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

1. *Atendimento*
 2. *Exame físico*
 3. *Exame de tórax e abdome*
 4. *Exame de tórax e abdome*
 5. *Exame de tórax e abdome*
 6. *Exame de tórax e abdome*
 7. *Exame de tórax e abdome*
 8. *Exame de tórax e abdome*
 9. *Exame de tórax e abdome*
 10. *Exame de tórax e abdome*

ASSINATURA E CARIMBO
 CODIGO
 DATA
 HORA

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de: ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde)
 DESTINO DO PACIENTE: ☐ Internado (setor) ☐ Alta hospitalar ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.
 DATA: ☐ A pedido ☐ A reavaliação ☐ Desistência
 SAÍDA: ☐ Família ☐ JML ☐ SVO
 HORAS:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ ASSIN: _____
 ASSIN: _____

FING:EG-001-3





1300004200744 SE: 960482

[illegible]

ZNO: PIRPINT
 N, SN - ZONA RUMAL
 FIANZ
 FOMI ()
 CELULAM: (83) 8808552
 IDAD: 48
 DT, MILTRADA: 19/12/2018 00:00:00

BE/PRONT:

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	* CFSMF *	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/11/2016	06:50		Paciente atendida de acidente vascular cerebral, com Trombose da face. Na inspeção, sinais de desidratação, presença de hemiparesia esquerda da face, membros superiores, membros inferiores esquerda, sensibilidade diminuída, reflexos de aquilão e de Babinski ausentes. Não há febre. Ao exame físico apresenta pequena úlcera perioral, contendo secreção purulenta, sem odor. Presença de edema de membros inferiores. CO: Ex. clínico e ALTO CFSMF.
			 06/08/2016 45 25.



968452

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 22/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H ~~1º 500~~ 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA ~~06~~ V.O
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H ~~16~~ 22 04 10
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H ~~16~~ 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H - ANOTAR
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURA MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

CD: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

BMF

Dr. José Lopes de Sousa Filho
Neurocirurgia
CRM 28-6576



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA-SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 21/12/2016

968452. B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE ATENÇÃO
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H 1º 500 2º 500 3º 500
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 01X AO DIA 06
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H 06 22 04 04
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H 06 04
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H (S/N)
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H (S/N)
8. CAPTOPRIL 25MG VO OU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR 21/12/16 04 (99)
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURAS MAXILAR D

ECG 15

SEM INTERCORRÊNCIA

TC CRÂNIO PARA 21/12/16

DR. SUELIO MOREIRA TORRES
MÉDICO



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA-SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

968452

NOME: SEREVINO GERONÇO DE ARAUJO

DATA: 20/12/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. SF 0,9% 1500ML EV 24H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV D1X AO DIA
4. DAPIRONA 1G EV 6/6H
5. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H
6. TRAMAL 100 + SF 100 EV 8/8H S/N
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CAPTOPRIL 25MG VO DU SNE 8/8H SE PAD > 120
9. HGT 6/6H / PA 6/6H- ANOTAR
10. FISIOTERAPIA GLOBAL
11. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

FRATURAS FRONTAL ORBITÁRIO D + FRATURA MAXILAR D
ECG 15
SEM INTERCORRÊNCIA
TC CRÂNIO PARA 21/12/16

Solicitado avaliação da BNF





PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETS

[illegible]



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Leonoray Constança de Amorim portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 5.06, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 23.12.14


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003.1



VALIDAR EM TODOS
OS TERCEIROS MAQUINAS
1290243754

PROIBIDO PLACIFICAR
1290243754

SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / OUTROS FUNDOS DE
1307404 SSP PC

CPF 021.860.084-40 DATA NASCIMENTO 14/06/1989

FUNÇÃO
GERONCO BENEDITO DE
ARAUJO
MARIA LEONOR DA
CONCEICAO

PREVIDÊNCIA ACC CENAS
28/10/2019 17/08/2015

NUMERO 06037905984

VALIDADE 28/10/2019 17/08/2015

DESCRIÇÃO

LOCAL SAPE, PB DATA EMISSÃO 19/08/2016

03934011644
D0033084360

DOCUMENTO 5 *T596*



DOCUMENTO 6 "16%"


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETTRAN-SP Nº 012507302340
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1.002.1498.408-8-007000000000 2016

SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

02186008440

NQC6215Z

INOVO 9C2KC1550AR095384

PAS/MOTOCICLETA/GRUPPO 1 GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 150/149/2 CATEGORIA PARTIO

COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA/PAGO EM 04/05/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,04

PREMIO TOTAL (R\$) 0,04

SEM RESERVA DE DOMINIO

MAPA DE PLACAS LOCAL

09/05/2016

40665

1438

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES, DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU AO SEU SEGURO DPVAT
PB Nº 012507302340 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO.
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT-0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 09/05/2016

02186008440

PLACA NQC6215Z

0021498408 HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

9C2KC1550AR095384

PREMIO TARIFARIO

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO

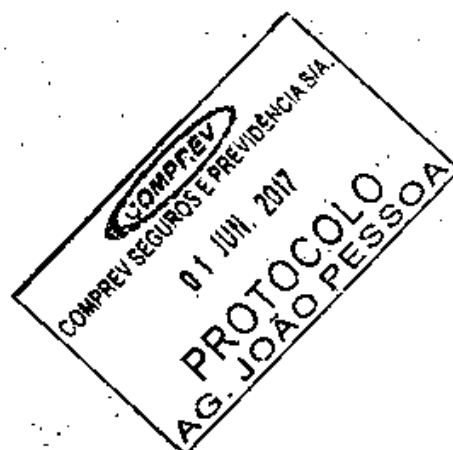
DATA DE COTAÇÃO 04/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

1840-1005493-20160509

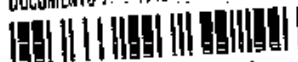


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 14:16:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040714160420800000039487979>

Número do documento: 21040714160420800000039487979

Num. 41477960 - Pág. 25



DECLARAÇÃO

Eu, SEVERINO GERONÇO DE ARAÚJO, RG 1.387.404-PB, CPF 021.860.084-40, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 18/12/16, fui socorrido por TENÇINOS e levado ao hospital AO CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO À SAÚDE - MARÍ - PB.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC-005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiro, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 – Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa"

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade Ideológica

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, e multa, se o documento é público, é reclusão de um a três anos, e multa, se documento é particular.

Parágrafo único – se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsidade ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

João Pessoa, 30 de maio de 2017.

Severino Geronço de Araújo
Declarante

Claudio José Augusto Moreira
Testemunha

Manoel Jacinto da Silva
Testemunha



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916 **Cidade:** Mari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916 **Cidade:** Mari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916 **Cidade:** Mari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

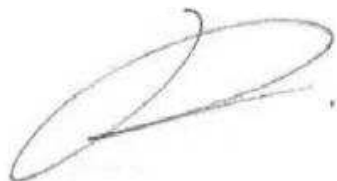
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08083572620188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 14:16:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040714161358300000039487980>
Número do documento: 21040714161358300000039487980