



Número: **0801130-69.2021.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **07/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.475,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60964 870	15/07/2022 10:49	2851582_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3210213306](#)

Nome do(a) Examinado(a): [SEVERINO FRANCISCO DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [R BR DO TRIUNFO, 1243, , Rio Tinto/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/PB / 2815938](#)

Data e local do acidente: [18/08/2014 - Mamanguape/PB](#)

Data e local do exame: [06/09/2021 - João Pessoa/PB](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[TCE com fratura temporal direita + fratura da mastóide + fratura da clavícula direita](#)

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

[Realizado tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita osteossíntese com placa e parafusos. Realizado tratamento conservador do TCE](#)

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

[Ao exame físico do ouvido direito apresenta cicatriz operatória inexistente, pavilhão auricular normal, tímpano normal, presença de cerúmen, ausência de coleções, ausência de corpo estranho, ausência de tumorações. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 100°, extensão aos 25°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.](#)

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Apresenta relato de zumbido de ouvido direito com perda parcial da audição, apresenta hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do ombro direito.](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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 seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Audição Direita - Residual - 10%

Ombro Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Handwritten signature of Suelio Moreira Torres, with a stamp above it that reads "Suelio Moreira Torres" and "Especialista em Traumatologia".





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, 31 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210213306 **Vítima:** SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2014 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00817/00818 - carta_02 - INVALIDEZ

00020409



Carta nº 17033396





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, 17 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210213306

Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%
Graduação: Complemento por reanálise 5%
% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 50%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000091055-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Atenciosamente,



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000091055-6

Nr. da Autenticação 9FEB36733D4BABC6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210213306 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE com fratura temporal direita, fratura da mastóide, fratura da clavícula direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ouvido direito apresenta cicatriz operatória inexistente, pavilhão auricular normal, tímpano normal, presença de cerúmen, ausência de coleções, ausência de corpo estranho, ausência de tumorações. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 100°, extensão aos 25°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita osteossíntese com placa e parafusos. Realizado tratamento conservador do TCE. Apresenta zumbido de ouvido direito com perda parcial da audição, apresenta hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do ombro direito.

Sequelas permanentes: Redução residual da audição à direita, redução funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PÉDIDO 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: 0118866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Severino Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Severino Francisco da Silva 6 - CPF: 054878444-29
7 - Profissão: pedreiro 8 - Endereço: R. Barão do Triunfo 9 - Número: 1233 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bento 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 25988370165

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 devida, 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 verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14.05.2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 054.878.444-29 4 - Nome completo da vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

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

5 - Nome completo: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA 6 - CPF: 054.878.444-29
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GALO DO TRIUNFO 9 - Número: 1233 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIO TIUNO 13 - Estado: PANAZA 14 - CEP: 58.297-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 98691-8367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 lá 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.

Por meio desta declaração, autorizo 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civ.) Divorçado 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição estando presente a nota de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 19/08/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Severino Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com Cam





SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB
Telefone: 3292-2604

J

Natureza: acidente de trânsito

Certidão nº 2.576/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.576/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um (21) dias do mês de novembro (11) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 10:59 h, compareceu: **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA**, brasileiro(a), casado, 32 anos de idade, nascido(a) em: 20/02/1982, natural de Mamanguape-PB, filho(a) de: Antônio Francisco da Silva e de Maria do Socorro da Silva, entregador, RG.: 2.815.938 SSP/PB, CPF.: 054.878.444-29, Residente no(a): Rua Barão do Triunfo, nº 1244, Centro, Rio Tinto/PB. telefone: (83) 8797-7425. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 18 de agosto de 2014, por volta da 1h estava em direção a cidade de Mamanguape-PB, na estrada de Itapororoca-PB, quando a sua motocicleta passou em um buraco e assim caiu na estrada sofrendo acidente de trânsito, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA CG 125 FAN KS, de placa: OEY 0759/PB, ano: 2011/2012, cor: vermelha, chassi: 9C2J4110CR411424, QUE esta motocicleta está em seu nome, QUE este foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa-PB, vítima de acidente de trânsito com fratura na clavícula, submetido a cirurgia, além de diversas escoriações, e recebeu alta hospitalar no dia 22/08/2014. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 21 de novembro de 2014.

Frederico Figueredo Brito da Silva
APC
Mat.: 158.567-2

Notificante: Severino Francisco da Silva





SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB
Telefone: 3292-2604

J
12
70

Natureza: acidente de trânsito

Certidão nº 2.576/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.576/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um (21) dias do mês de novembro (11) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 10:59 h, compareceu: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA, brasileiro(a), casado, 32 anos de idade, nascido(a) em: 20/02/1982, natural de Mamanguape-PB, filho(a) de: Antônio Francisco da Silva e de Maria do Socorro da Silva, entregador, RG.: 2.815.938 SSP/PB, CPF.: 054.878.444-29, Residente no(a): Rua Barão do Triunfo, nº 1244, Centro, Rio Tinto/PB. telefone: (83) 8797-7425. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 18 de agosto de 2014, por volta da 1h estava em direção a cidade de Mamanguape-PB, na estrada de Itapororoca-PB, quando a sua motocicleta passou em um buraco e assim caiu na estrada sofrendo acidente de trânsito, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA CG 125 FAN KS, de placa: OEY 0759/PB, ano: 2011/2012, cor: vermelha, chassi: 9C2J4110CR411424, QUE esta motocicleta está em seu nome, QUE este foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa-PB, vítima de acidente de trânsito com fratura na clavícula, submetido a cirurgia, além de diversas escoriações, e recebeu alta hospitalar no dia 22/08/2014. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 21 de novembro de 2014.

Frederico Figueredo Brito da Silva
APC
Mat.: 158.567-2

Notificante: Severino Francisco da Silva

Digitalizado com Cam



PÉDIDO 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: 0118866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Severino Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Severino Francisco da Silva 6 - CPF: 054878444-29
7 - Profissão: pedreiro 8 - Endereço: R. Barão do Triunfo 9 - Número: 1233 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bento 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 25988370165

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 devida, 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 verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14.05.2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 054.878.444-29 4 - Nome completo da vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

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

5 - Nome completo: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA 6 - CPF: 054.878.444-29
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA SAO DO TRIUNFO 9 - Número: 1233 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CONTRO 12 - Cidade: RIO TINTO 13 - Estado: PANAMA 14 - CEP: 58.297-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 98661-8367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 (assinale 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.

Por meio do 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 do acidente de trânsito, conforme Lei nº 10474, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso o ocorrido do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) Divorçado 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nã nasce)? 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição estando perante a nota de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jardão Poussoia 19/08/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) + Severino Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


Digitalizado com Cam



SOLANGE TEIXEIRA DA SILVA
RUA BR DO TRILHO, 1333 - CENTRO
RIO TRINTO / PB CEP: 56217000 (RD-14)

CPF/CNPJ/INSC: 069.517.134-80

Grupo MT: CONVENCIONAL BASSA T / Subgrupo: BT
Classe: RESIDENCIAL / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Potência: 9,256 - 15 - 220V - Nº Medida: 0001325102

 **energisa**



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/581993-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00005819933



VALOR DA FATURA

R\$ 135,97



VENCIMENTO

22/04/2021



REFERÊNCIA

Abr / 2021



CONSUMO

148 kWh

4,93 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS





CAGEPA

COMANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIBE
Rua Fallclano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-67

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANELISABETH R DE SOUSA
RUA BR TRIUNFO, 1233 - CENTRO RIO TINTO PB
58297-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economia			
		Residencial	Comercial	Industrial	Pu
009.001.015.0068.000	000	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação A		
Y09S705136	16/04/2010	EXT LACR	LIGADO		

Digitizado com Cam





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: Severino Francisco Silva		Registro: 775890	
Idade: 775890	Sexo: Mns	Cor:	Clinica: Enf: Leito:
Data de admissão: 18.08.2014		Data da alta: 22.08.2014	
Diagnóstico inicial: TCE		S.06	
Diagnóstico final: Fratura múltipla			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: TC crânio: sem lesão			
Cirurgia realizada - data e equipe:		não realizado neurocirurg	
Terapêutica medicamentosa: sintomáticos			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:		Acorda agitado da ortopedica	
ECG: 15 / φ cefalica		* / Fratura de clavícula	
sem déficit motor			
Dieta: livre		Orientações Pós Alta	
Repouso: relativo em casa por, 07 dias. (sete)			
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatório: 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: Difenidramina 10mg VO 6/6h se dor			
Paracetamol 500mg VO 8/8h			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.		Dr. THAISE AGUIAR FERREIRA NEUROCIRURGEA CRM 5247	
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: 22 de 08 de 14		Ass. Médico / CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>SEVERINO FERNANDES DA SILVA</u>		Registro: <u>DA SILVA</u>	
Idade:	Sexo: <u>MASC</u>	Cor:	Clinica: <input type="checkbox"/> Enf: <input type="checkbox"/> Leito:
Data de admissão: <u>18/08/14</u>		Data da alta: <u>28/08/14</u>	
Diagnóstico inicial:			
Diagnóstico final: <u>FRATURA DO CLAVICULA D</u>			
Outros diagnósticos:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
<u>FRAT - Ombro direito - Dr João Humberto</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>26/08/14</u>			
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>paciente foi operado</u>			
<u>depois de 3 dias</u>			
<u>depois de 30 dias</u>			
<u>depois de 60 dias</u>			
<u>depois de 90 dias</u>			
<u>depois de 120 dias</u>			
Dieta: <u>líquida</u>			
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u>60</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>120</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>CETAROLINA-500g</u>			
<u>CAMPIDOL-50g</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>ATOP</u> para retirada de ponto. Ao ambulatório em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>28</u> de <u>08</u> de <u>14</u> Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia



DISINDULDO em

PARA FINS DE CUNCIJAÇÃO
(Art. 31º da Lei 11.046 de 4/6/2008 que altera a Lei 11.104 de 14/12/1994)

BANCA

Manhã Tarde

Nome completo: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 054.878.444-39

Endereço completo: R. SENADOR VASCONCELOS, S/Nº - RUA DO CAMPO, MAMANGAPE - PB

75
20

Informações do acidente

Local: NA ESTRADA DE ITAPORORICA - PB

Data do Acidente: 18/08/2014

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareço por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº 000.2568-39/2015815-2001 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual sou como autor e que tramita na 3ª Vara Cível ou JEC da Comarca de JOÃO PESSOA - PB

João Pessoa/PB, 20/03/2015

SUELIO MOREIRA TORRES
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

i) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente da acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

ii) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Sist. Neurológico + MSD.

b) as alterações (distúrbios) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TCE (na) cirúrgico + Fratura de clavícula D (cirúrgica)

iii) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, ou ser prescrito), incluído do medidas de reabilitação?

Sim Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Diário de Luiz Augusto
(Secretaria)
11/08

UAB 11/08



18731
019/19

18731
019/19

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cumpria com:

- a) distúrbios apenas temporários
- b) dano anômico e/ou funcional definitivo (permanente)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Queda esgueiramento, limitação de movimentos
na ASD

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, fez-se necessário exame complementar?

- a) Sim, em que prazo:
- b) Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação de(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o eixo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar o grau de graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)
- b) Parcial (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais) um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão <u>Sist Nervológico</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão <u>MSD</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 60% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:
Apas Passoa 22, 03, 16

Assinatura do médico - CRM
[Assinatura]
Fátima Evangelina Sade
Cirurgiã Plástica
CRM 15.228/10
207 0122 BR





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 20/02/82
NOME DA MÃE MARIA SOCORRO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 775.890
Nº PRONTUARIO 82.786
DATA DO ATENDIMENTO 18/08/2014
HORA DO ATENDIMENTO 01:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO TEMPORAL D + FRATURA DA CLAVÍCULA D +
FRATURA DA MÁSTÓIDE
CID 10 S 02.1 + S 42.0 + H 74

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado e trazido pelo SAMU de Mamanguape-PB, apresentando perda de consciência e posterior episódio de vômito, além de trauma de face e otorragia discreta bilateral + escoriação em membro superior D e inferiores. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.


EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do ombro D - AP

TRATAMENTO:

Fratura temporal D + fratura da mastóide à TC. Fratura da clavícula D ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. João Henrique e Dr. Orlando Filho e tratamento conservado das fraturas do crânio pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 28/08/14
DATA DA EMISSÃO: 16/07/21


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Digitalizado com Cam



Data de aquis.: 07/07/2021

10cm

Escala: 0.0
INTERCLIM



14cm

10229 ESQ

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 20/02/1982
ID: 10229

JOELHO
AP

Digitizado com Cam



SEVERINO FRANCISCO DA SILVA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 20/02/1982
ID: 10229

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021

0cm

ESCALADO
INTERVALUM

12cm

MEMBRO
DIREITO

Digitizado com Cam



SEVERINO FRANCISCO DA SILVA,,

Sex: Masc.

Data de nascimento: 20/02/1982

ID: 10229

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021



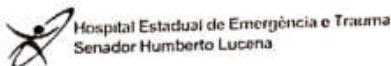
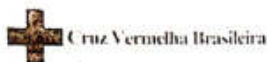
OMERO
AP

Escala: 0.0
INTERCLIM

13cm

Digitalizado com Cam





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 775890

Identificação do paciente			
ID 774549	Nome SEVERINO FRANCISCO DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 20/02/1982	Idade 32 anos 6 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO		Prontuário 82786
Escolaridade NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93053701	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 706907130394132	
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58280000	Município de residência CUITE DE MAMANGUAPE	Logradouro CURRALINHO	
Número SN	Complemento OBS: PACIENTE RESIDE EM MAMANGUAPE	Baixo ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora Prevista 18/08/2014 01:39:16	Número da pulseira 2751283	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente SAMU		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Ralo x []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			CID
			Tempo 04min 35seg

Imprimir

Handwritten signature

Digitalizado com Cam





Laudo Médico / Resumo de Alta



11/24

Nome: <u>JUZELINO FERNANDES DA SILVA</u>					
Idade:	Sexo: <u>MASC</u>	Cor:	Clin. ca:	Ent:	Leito:
Data de admissão: <u>18/08/14</u>			Data da alta: <u>28/08/14</u>		
Diagnóstico inicial:					
Diagnóstico final: <u>FRATURA DO CLAVICULA D.</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>TRAT - Cirurgia - no posto (Hemipost)</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>06/09/14</u>					
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>paciente foi operado e evoluiu bem</u>					
Dieta: <u>líquida</u> Orientações Pós Alta					
Repouso: relativo em casa por <u>30</u> dias, retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias, retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com maior em <u>120</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>ASPIRINA-500 + CASAPRIVA-50</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>ATOP</u> para retirada de ponto em 30 dias para revisão.					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa, <u>28</u> de <u>08</u> de <u>14</u> Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Assinado eletronicamente por: DANIELLE QUEIROGA GADELHA BURITY - 03/06/2020 14:34:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006031435280000000029979187>
 Número do documento: 2006031435280000000029979187

Num. 31243656 - Pág: 1

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2022 10:49:52
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22071510495167400000057662055>
 Número do documento: 22071510495167400000057662055

Num. 60964870 - Pág. 24



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: Severino Francisco Silva			Registro: 775890		
Idade: 77 anos	Sexo: Mas	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: 18.08.2014			Data da alta: 22.08.2014		
Diagnóstico inicial: TCE			f.06		
Diagnóstico final: Fratura montante					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: TC crânio: sem lesões					
Cirurgia realizada - data e equipe: não realizado neurocirurgião					
Terapêutica medicamentosa: sintomáticos					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: ECG: II L e afásico / Acorda a partir da Ontopedia / tem déficit motor / Fratura de clavícula					
Dieta: livre			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por 07 dias (sete) / retorno às atividades sem esforço físico em ___ dias / retorno às atividades com esforço físico leve, ___ dias e com maior em ___ 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: D. paracetamol 1000mg VO 6/6h se dor / D. clonazepam 0,5mg VO 8/8h					
Retorno: Ao posto de saúde em ___ para retirada de ponto. / Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: 22 de 08 de 14					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Assinado eletronicamente por: DANIELLE QUEIROGA GADELHA BURITY - 03/06/2020 14:34:30
<https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006031435280000000029979187>
 Número do documento: 2006031435280000000029979187

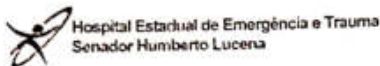
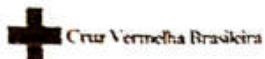
Num. 31243656 - Pág. 10

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2022 10:49:52
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22071510495167400000057662055>
 Número do documento: 22071510495167400000057662055

Num. 60964870 - Pág. 25



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (1183) 3216-6736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 775890

Identificação do paciente						
ID 774549	Nome SEVERINO FRANCISCO DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 20/02/1982	Idade 32 anos 5 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA			
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) MAGNOLIA OLIVEIRA - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93053701	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Etnia NAO INFORMADO	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R				
Endereço						
CEP 58290000	Município de residência CUITE DE MAMANGUAPE	Logradouro CURRALINHO				
Número SN	Complemento OBS: PACIENTE RESIDE EM MAMANGUAPE	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora Previsão 15/05/2014 01:39:16	Número da pulseira 2751283	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente SAMU					
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 04min 35seg

imprimir

18 08 14
245-11

18/08/2014 01:49

Digitalizado com Cam



Dr. Eduardo Jorge Dore Soares

Dr. Eduardo Jorge Dore Soares
Cirurgia Geral
CRM 6181

CRMF # (38105114 - 03.05)

Procedimento de ecite unilateral
na data 37/05/14, comanda em forma de
fases. No momento, direito, ouvido, sup-
ra, infra, e outros a serem feitos, apresen-
ta-se direita otite com conteúdo ótico.
As vezes há presença de conteúdo ótico.
De vez em quando há presença de conteúdo
de conteúdo ótico. (D)
CD: Ex. ótica + Ex. supra + Ant. CRMF +
Aus. conteúdo de Neurocirurgia.

Dra. Renata Moura Xavier Dantas
Cirurgia Bucomaxilofacial
CROBA-12479
CROBA-4525.

18.08.14
03:03h

Nunca

TEE
Ex. supra + Ex. infra + Ant. CRMF +
Aus. conteúdo de Neurocirurgia.

Ex. supra + Ex. infra + Ant. CRMF +
Aus. conteúdo de Neurocirurgia.

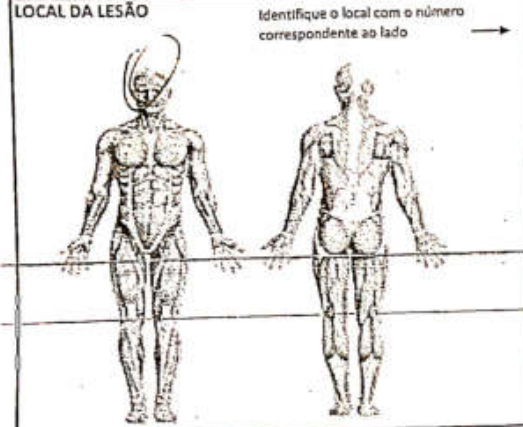


Temporária direita
Comanda: INTRANSCREVA
NADA



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____



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

OBS.: _____

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias () Lavado peritonial
 Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 <i>[Handwritten]</i>		
2 <i>[Handwritten]</i>		
3 <i>[Handwritten]</i>		
4 <i>[Handwritten]</i>		
5 <i>[Handwritten]</i>		
6 <i>[Handwritten]</i>		
7 <i>[Handwritten]</i>		
8 <i>[Handwritten]</i>		
9 <i>[Handwritten]</i>		
10 <i>[Handwritten]</i>		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE () Centro cirurgico () Transferencia (unidade de saúde) _____
 DATA _____ () Internado (setor) _____
 SAÍDA _____ () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 HORAS: _____ () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

 ATURA/CARIMBO ASSIN ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL ASSIN

F(NG).CC.001-1

Digitalizado com Cam





01:40 Km

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 18/08/21	ID da Ocorrência: 409294	<input checked="" type="checkbox"/> USS <input type="checkbox"/> USA	Piéntão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 23:52 Hs	Hora de Chegada no Local: 00:51 Hs	Hora de Retorno a Base: _____ Hs
Paciente / Usuário: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA				Idade: 32a	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: _____
Cidade: ITAPOMONICA				Estado: PB	Médico Regulador: DR. DARIO	
Localidade: PB 47						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USS <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): _____						

Dr. Eduardo Jorge Botelho
Cirurgião Geral
CRM 8181

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: TRAUMA			Hospital de Origem: _____
> CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____			Hospital de Destino: _____
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Qua s? _____

1. DADOS VITAIS
 PA: 140 x 90 FC: 71 bpm FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S'O2: 95% SpO2 - C'O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
 Dismagia, Epistaxe, 2 episódio de vômito, sinais de em. meagres, Agitado não cooperativo, encaminhado em t.m. II.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.
 Diagnósticos de Enfermagem: DM Aguda
 Intervenções: SIVV + PROBEDO
 Evolução do Enfermeiro: _____

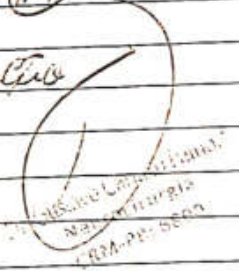

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
 DILASIT + Ap (FV) (DE FRANCIELINO)




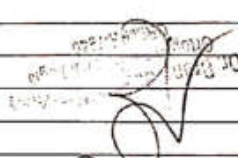
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

SUELIM O FRANCISCA DA SILVA

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
18/08/14		NCR
		NCR
		Exame ORL temporal LH
		Ortop (14)
		Infermarias
		
19/8/14		<u>NCR</u>
		# ICE / Exame temporal LH (14)
		Tamém evoluindo sem intercorrências.
		Pega atenuação direita.
		→ Ao exame = {
		• Ortop 14
		• hematoma ativo da nuca
		• Infecção urinária - tratada
		→ ed = • obstrução neurológica
		



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
22.08.14		N/D
23.08.14	15	Acidente de trânsito ECG: II Hemorragia intracerebral dos dois ombros (D) Col: Rx ombros
		
21/08/14	18.05	Acidente com ferimentos devido a queda por escada Tombamento lateral Lesões: Fratura transversoa do úmero do membro superior
		
28/08/14		Paciente bem e sem queixas, no 2º dia. Após curativo e fixação Tudo bem no momento

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 214 TEQ1 0115
Ortopedia Traumatologia



INTERCLIM

Sempre cuidando de você

Paciente: Severino Francisco Da Silva

Data Nasc: 20/02/1982

Data Exame: 07/07/2021 12:39

Sexo: Masculino

RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO

Densidade radiográfica preservada das estruturas ósseas.

Controle radiológico ortopédico de osteossíntese em terço médio clavicular, caracterizadas por placa e parafusos metálicos, estando o material de síntese íntegro e sem sinais de desprendimento. Correlacionar com radiografias pregressas, a critério.

INTERCLIM

Sempre cuidando de você!
CRM SP: 116.648

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 – centro, Mamanguape/PB

Fone(s): 3292-2900/ 3292-2659 – E-mail: inter-clin@hotmail.com

Site: www.interclim.com.br Face: [interclimmamanguape](https://www.facebook.com/interclimmamanguape)

1/1

Digitalizado com Cam



INTERCLIM

Sempre cuidando de Você

Paciente: Severino Francisco Da Silva

Data Nasc: 20/02/1982

Data Exame: 07/07/2021 12:39

Sexo: Masculino

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Densidade radiográfica preservada das estruturas ósseas.

Controle radiológico ortopédico de osteossíntese em diáfise proximal da tíbia, caracterizadas por placas e parafusos metálicos, estando o material de síntese íntegro e sem sinais de desprendimento. Correlacionar com radiografias pregressas, a critério.

Alterações osteodegenerativas do joelho, caracterizadas por redução da sinterlinhas articulares, osteofitose e esclerose.

INTERCLIM



Sempre cuidando de Você

CRM SP: 116.648

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 – centro, Mamanguape/PB


Fone(s): 3292-2900/ 3292-2659 – E-mail: inter-clin@hotmail.com

Site: www.interclim.com.br Face: [interclimmamanguape](https://www.facebook.com/interclimmamanguape)


1/1

Digitalizado com Cam



 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>H. G. T. S. H. L.</i>			2 - CNES 4 - CNES	
Identificação do Paciente 6 - NOME DO PACIENTE 7 - QUANTIDADE NACIONAL DE SAÚDE (QNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CDD - RIBE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP			5 - Nº DO PRONTUÁRIO 775890 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTDE. 34 - QTDE. 37 - QTDE.				
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>cy 375 buxarção aberta apenas p/ usar o modelo dor de placa.</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 41 - DOCUMENTO () CNS () CPF			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>A.E.T. S.H.S.</i>		4 - CNES _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Silveira Francisco da Silva</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>775890</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		8 - DATA DE NASCIMENTO _____	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD _____	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____		23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<p><i>CX 3,5 ontoplan 01 placa DCP 07 furros 06 par. corticais (02 m=14) e (04 m=16). 01 agulha plexo. (25).</i></p>			
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>26/08/14</i>	
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Brício Kelton B. Gonçalves</i> Médico CRM 12345		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	
45 - COD. ORGÃO EMISSOR _____		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____		50 - _____	

Digitizado com Cam





Handwritten initials 'CF'



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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Suelio Francisco da Silva</i>			Registro:		
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>26/08/14</i>	Cirurgião: <i>Dr. João Henrique</i>		1º Assistente: <i>Dr. Orlando</i>		
2º Assistente: <i>Dr. Marcos Vinícius</i>		3º Assistente: <i>Dr. Bruno</i>	Instrumentador: <i>Dr. R1</i>		
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora Início:	Hora término:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Fratura de (3 dedos) (D)</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Procedimento cirúrgico de fratura de (D)</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim <input checked="" type="checkbox"/> 2º não <input checked="" type="checkbox"/>	Descreva:
Biopsia de congelação: 1º sim <input type="checkbox"/> 2º não <input checked="" type="checkbox"/>	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: 1º enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> 2º terapia intensiva <input type="checkbox"/> 3º residência <input type="checkbox"/> 4º óbito durante ato cirúrgico <input type="checkbox"/>	

26/08/14
João Pessoa - Data

Suelio Francisco da Silva
Ass. do Médico / CRM

Digitalizado com Cam



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) Paciente em decúbito dorsal (cabeça da Paciente) sobre
tombadeira geral

Incisão:

(2) Anestesia + antiespasmódica + opóio de campo
operatório

Achados:

clavícula

(4) Depressão focos de fratura de clavícula (1)

Conduta:

(5) Lavagem + aspiração e fixação com
placa DCP 35 de 7 furos com 6 parafusos
condicionais

(6) Mordida de hemostase

(7) Repósito por pontos anatômicos

(8) Anestesia estéril

(9) Imobilização em gesso

(10) Medicação de controle

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa 26 de 08 de 2014

Assinatura/carimbo

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 10.123

Digitalizado com Cam



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

108

NOME DO PACIENTE: *Sérgio Menezes da Silva*
ENFERMARIA: LEITO: CONVÊNIO: *UNIDADE: 32* REGISTRO: *775890*
CIRURGIA: *Trat cir de diat. de clavícula "D"*
CIRURGIÃO: *Dr João Henrique + Dr Vinícius + Dr*
ANESTESIA: *Cloridrato de plexo + geral R2*
ANESTESISTA: *Dr Marco Túlio +*
INSTRUMENTADORA:

GOVERNO DO ESTADO DA
 PARAIBA CHEFEIA DE
 ESTADO DE SAÚDE

B. M. R. R.
 HOSPITAL ESTADUAL DE
 EMERGÊNCIA E TRAUMA
 SENADOR HUMBERTO LUCENA

DATA: *26/05/14* **TEMPO DA CIRURGIA:** INÍCIO: *11:30* FIM: *13:00*

TOPOGRAFIA:

ÍNDICE DE RISCO DA CIRURGIA - CLASSIFICAÇÃO (American Society of Anesthesiologists-ASA):

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () IGNORADO () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOROS	QTD.	MATERIAIS E SOLUÇÕES	QTD.	FIOS	QTD.
Alfentanil amp (Rapifen)		Sol Fisiol. Gelado fr 500 ml		Lâmina para dermatomo		Fio de nylon nº 0	1
Pivacaína isobárica amp		Sol Fisiol. Hipertérmico		Lâmina para enxerto		Fio de poliéster nº	
Pivacaína Pesada amp		Sol Fisiol. Normotérmico	1	Luva cirúrg. Esterilizada	<i>7,5 D</i>	Fio de poliéster nº	
Metamina FA (Ketalar)		SG fr 500 ml		Luva cirúrg. Esterilizada	<i>8,0 I</i>	Fio de Poliéster Verde nº	
Cisatracúrio, amp	1	Soro Ringer fr 500 ml	1	Luva para procedimento		Fio de Poliéster Verde nº	
Enflurano (Etrane)		MATERIAIS/SOLUÇÕES	QTD.	Luva para procedimento	<i>OK</i>	Fio de poliglactina nº 0	1
Etomidato amp		Agulha descartável <i>plexo</i>	1	Máscara cirúrg. descartável	<i>OK</i>	Fio de poliglactina nº	
Fentanila, FA (Fentanil)	1	Agulha Peridural <i>14</i>	1	Película biológica natural		Fio de polipropileno nº	
Halotano FR		Alcool etílico 70%	<i>OK</i>	Placa nº <i>Clorixidina OK</i>	<i>OK</i>	Fio de polipropileno nº	
Isoflurano FR		Alcool iodado		Prótese vascular		Fio kit catarata: fio nylon	
Levobuvacaina c/ vaso FA	1	Atadura de crepom	1	PVPi Degermante ml		Fio poliglicaprono nº	
Levobuvacaina s/ vaso FA	1	Atadura gessada		PVPi Tópico ml		Fio poliglicaprono nº	
Lidocalina s/ vaso fa		Bolsa para colostomia		Sabão antiséptico		Fio seda nº	
Midazolam 15mg/ml		Cânula p/ traqueostomia		Seringa descartável <i>10</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fita/cinta cardíaca	
Morfina amp (Dimorf)		Cateter embolec arterial		Seringa descartável <i>20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Naloxona amp		Cateter nasal para oxigênio	1	Sistema aspiração traqueal			
Pancurônio, amp (Pavulon)		Cera para osso		Sonda (tubo) endotraq.		MATERIAL DE FIXAÇÃO DA ORTOPEDIA	QT
Petidina amp (Dolatina)		Cimento cirúrg. ortopédico		Sonda aspiração traqueal nº			
Propofol amp	1	Clip em titânio de ligadura		Sonda endobronqueal		Fio de kirschner	
voflurano FR		Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Foley c/ duas vias nº		Fio stetho	
ametonio, FA (Quelicin)		Compressa cirúrgica		Sonda nasog. curta nº		<i>3,5 Cx. ortoped</i>	
MEDICAÇÕES	QTD.	Dreno de penrose		Sonda nasog. curta nº		<i>01 placa DC P</i>	
Água destilada amp		Dreno de sucção		Sonda uretral nº		<i>7 furros; 6 fur.</i>	
Adrenalina amp		Eletrodo monitorização	<input checked="" type="checkbox"/>	Torneirinha descart. 3 vias		<i>cont. (02-14)</i>	
Atropina amp	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo temporário		Válvula de precisão		<i>e (04-16).</i>	
Cefazolina FA <i>1g</i>	1	Equipo macrogotas	1	Válvula programável			
Dexametasona FA	1	Equipo microgotas		Vaselina líquida		EQUIPAMENTOS	
Dipirona amp 2 ml	1	Equipo PVC				FIOS	QTD.
Enoxaparína		Equipo transf. sanguínea		Fio algodão + poliéster nº		() Oxímetro de pulso	
Glicose 50% amp		Esparadrapo <i>OK</i>		Fio algodão + poliéster nº		() Cardíomonitor	
Gluconato de cálcio amp		Grampeador cirúrgico		Fio algodão + poliéster nº		() Capinógrafo	
Hidrocortisona		Hemostático absorvível		Fio cat gut cromado nº		() P.A. e não invasiva	
Metoclopramida amp	1	Kit derivação ventricular		Fio cat gut cromado nº		() Desfibrilador	
Neostigmina amp	<input checked="" type="checkbox"/>	Kit sist. Dren. torácica nº		Fio de aço nº		() Perfurador elétrico	
Protamina, amp		Lâmina p/ bisturi nº <i>23</i>	1	Fio de aço nº		() Bisturi elétrico	
Tenoxicam FA	1	<i>guzo (part) R2</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon nº <i>3-0</i>	1	() Foco auxiliar	
<i>Ordensitona</i>	1					() Foco frontal	
						() Serra	

Legenda: ASA 1: Saudável ASA 2: Alteração sistêmica discreta ASA 3: Alteração sistêmica grave, com limitação de atividade
 ASA 4: Alteração sistêmica grave, com risco de vida ASA 5: Paciente moribundo

Circulante responsável
Souza
Ferreira
452-321

Digitalizado com Cam





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

FIGHA DE ANESTESIA

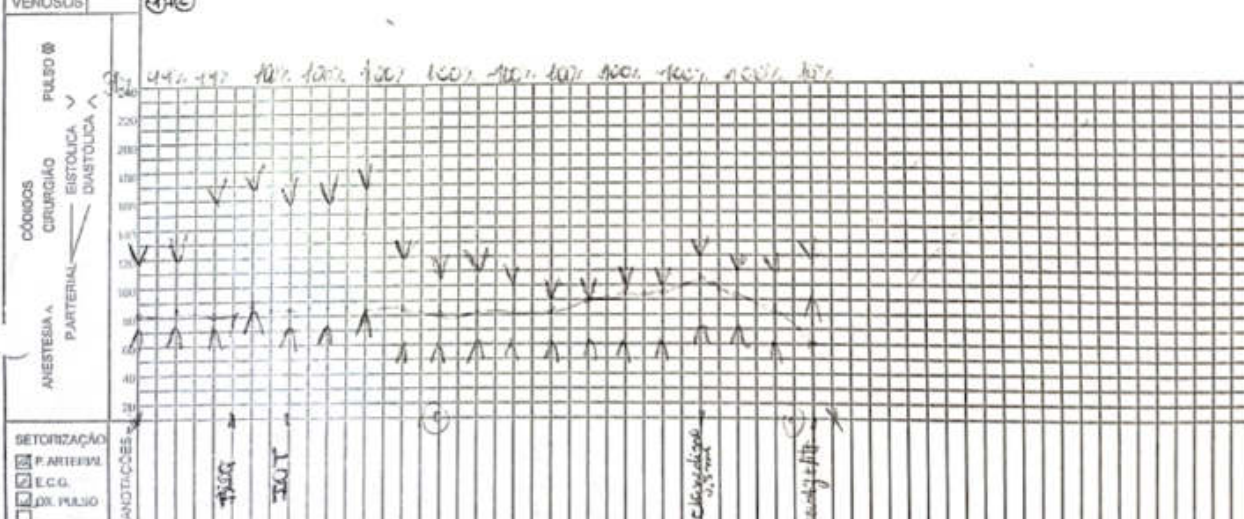
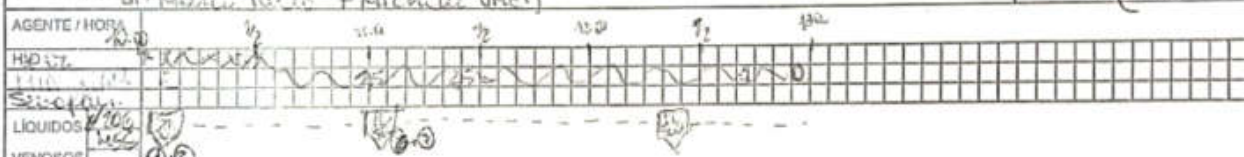
DATA: 26/04/2022 PACIENTE: Susanna Francisco da Silva SEXO: F COR: BR IDADE: 73 ANOS REGISTRO:
 HOSPITAL: CATEGORIA: ACOMODACAO: ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE:
 PRESSÃO ARTERIAL: 120/70 PULSO: 83 bpm RESPIRAÇÃO: eufórica TEMPERATURA: 36,3°C PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
 ESTADO GERAL: BOM [X] REGULAR [] MAU [] PESSIMO [] RISCO CIRÚRGICO: BOM [X] REGULAR [] MAU [] PESSIMO []

EXAMES COMPLEMENTARES:
 AP. RESPIRATÓRIO: Não há em AMT a 50 AP. CIRCULATÓRIO: RCP em 2.º A 3.º/12
 AP. DIGESTIVO: pipoca ESTADO MENTAL: LUTE DROGAS EM USO:
 Prê ANESTÉSICO DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA): 1 2 3 4 5 6

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de clavícula (D)
 CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula (D)

CIRURGIÃO: Dr. José Henrique - Dr. Leonardo (ES) - Dr. André (PT) AUXILIARES:
 INÍCIO DA ANESTESIA: 14:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:05 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1 hora

IGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE OH: VALOR R\$:
 ANESTESISTA: Dr. Marcelo Távora + Michelle (MEI) CPF: CRM PB:
 Dra. Michelle Quintans Médica CRM-PB 5986



ANESTESIA GERAL: FACILITADA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS PUTROS

TÉCNICA:
 LIQUIDOS:
 VOLUME EM ML:
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

GLICOSE	Cefazolina 2g	Cetoprofeno 400mg
NACL	Dexametasona 10mg	Dipirama 2g
SANGUE	Paracetamol - 200mg	clonidina - 0,1 AMP
RINGER	Cisatracurium - 10 mg	Propofol - 0,4 FA
TOTAL	Fentanil - 0,1 AMP	propofol - 0,4 AMP
DESTINO DO SANGUE	Opaxetrona - 4mg	medicamentos - 10 mg

Dr. Marcelo Távora CRM-PB 5986 CPF: 073.903.157-15
 Dr. André (PT) CRM-PB 5986 CPF: 073.903.157-15
 Dr. José Henrique CRM-PB 5986 CPF: 073.903.157-15

Digitalizado com Cam



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.815.938 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2017

NOME SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

ENDEREÇO ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DA SILVA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PE

DATA DE NASCIMENTO 20/02/1982

CASAM N. 5551 FLS. 84 LIV. B 8
CARTÓRIO MAMANGUAPE PB

054.878.444-29

MARCELA B. LEITE J.
A +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-110

SILVA SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE







??



Digitalizado com Cam





Veículo



SEM REGISTRO OU ALERTA DE ROUBO/FURTO

PB - Rio Tinto

OEY-0759

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
KS

Ano do Modelo 2012

Ano de Fabricação 2011

Cor Vermelha

Cidade/Estado Rio Tinto - PB

Final do Chassi *****11424

Consultado em 19/08/2021 14:17

SECRETARIA NACIONAL DE MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA SEGURANÇA PÚBLICA



Digitalizado com Cam



Processo

Nº Processo:	0002568-84.2016.815.2001	Vara:	3A. VARA CIVIL DE JOAO PESSOA
Classe:	PROCEDIMENTO SUMARIO	Distribuição:	03/02/2015
Status:	Baixado	Valor Ação:	R\$13.500,00
Localizador:	ALVARA EXPECA-SE ARMARIO		

Assuntos:

SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO
--------	----------------------

Movimentações:

	Data e	Descrição e
1	28/05/2020	INICIADO PROCEDIMENTO DE MIGRACAO PARA O PJE 28/05/2020 10:13 TJEJP22
2	28/05/2020	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 28/05/2020 NF 205/2
3	28/05/2020	ATO ORDINATORIO PRATICADO 28/05/2020 MIGRACAO P/ PJE
4	02/03/2020	PROVIMENTO DE AUDITAGEM 02/03/2020 MAR/2020
5	02/09/2019	PROVIMENTO DE AUDITAGEM 02/09/2019 SET/2019
6	28/02/2019	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 28/02/2019
7	15/02/2019	CONCLUSOS PARA DESPACHO 16/02/2019
8	15/02/2019	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 15/02/2019 P002715192001 12:15:27 BRADESC
9	04/02/2019	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 04/02/2019 P002715192001 12:17:02 BRADESC
10	12/12/2018	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 12/12/2018
11	10/12/2018	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 10/12/2018
12	10/12/2018	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 10/12/2018 NF 86/18
13	24/09/2018	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 24/09/2018
14	17/09/2018	CONCLUSOS PARA DESPACHO 17/09/2018
15	08/09/2018	RECEBIDOS OS AUTOS 08/09/2018 AUTOS DEVOLVIDOS TJPB
16	23/08/2017	REMETIDOS OS AUTOS PARA TJPB 23/08/2017
17	09/08/2017	ATO ORDINATORIO PRATICADO 09/08/2017
18	09/08/2017	JUNTADA DE PETICAO CONTRARRAZOES CONTRA 2017 P043283172001 14:50:14 BRADESC
19	01/08/2017	PROTOCOLIZADA PETICAO CONTRARRAZOES 01/08/2017 P046283172001 14:38:55 BRADESC
20	06/07/2017	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 06/07/2017
21	04/07/2017	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 04/07/2017
22	04/07/2017	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 04/07/2017 NF 86/17
23	04/10/2016	PROVIMENTO DE AUDITAGEM 04/10/2016 SET/2016
24	21/08/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 21/08/2016 AS CONTRARRAZOES
25	03/08/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 03/08/2016
26	03/08/2016	JUNTADA DE PETICAO APELACAO 03/08/2016 P04458162001 08:53:33 SEVERIN
27	03/08/2016	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 03/08/2016 P021643162001 08:53:33 BRADESC
28	03/08/2016	JUNTADA DE MANDADO 03/08/2016 D012101161001 08:53:33 602
29	02/08/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO APELACAO 02/08/2016 P04458162001 18:31:14 SEVERIN
30	12/05/2016	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 11/05/2016 N F 42/16 PUBLICADA
31	08/05/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 N F 42/16 EXPEDIDA
32	08/05/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 NF 42/16
33	05/05/2016	SEM RESOLUCAO DE MERTO 05/05/2016 SEMI REG L 02/16 REG 255
34	22/03/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 22/03/2016
35	22/03/2016	ATO ORDINATORIO PRATICADO 22/03/2016 PERICIA REALIZADA
36	21/03/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 21/03/2016 P021643162001 13:56:20 BRADESC
37	02/03/2016	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 02/03/2016
38	28/02/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO CARTA DE INTIMACAO 28/02/2016
39	28/02/2016	ATO ORDINATORIO PRATICADO 28/02/2016 PERICIA DESIGNADA 22/03/16 09H
40	28/02/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 28/02/2016
41	28/02/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 28/02/2016 BRADESC SEGUROS S/A
42	28/02/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 28/02/2016 NF 137/16
43	11/02/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 11/02/2016
44	11/02/2016	JUNTADA DE PETICAO IMPUGNACAO 11/02/2016 P005200162001 17:38:46 SEVERIN
45	01/02/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO IMPUGNACAO 01/02/2016 P005200182001 14:13:42 SEVERIN
46	01/09/2015	JUNTADA DE PETICAO CONTESTACAO 01/09/2015 P080143152001 18:58:23 BRADESC
47	01/09/2015	JUNTADA DE MANDADO 01/09/2015 D071134152001 16:08:23 001



Movimentações:		
	Data e	Descrição e
48	07/08/2015	PROTOCOLIZADA PETICAO CONTESTACAO 07/08/2015 P1160143152001 14:41:03 BRADESC
49	14/07/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 14/07/2015 BRADESCO SEGUROS S/A
50	17/03/2015	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE: 17/03/2015 MANDADO EXPECA-SE
51	11/02/2015	CONCLUSOS PARA DESPACHO 11/02/2015
52	11/02/2015	ATO ORDINATORIO PRATICADO 11/02/2015 PROC AUTUADO
53	03/02/2015	DISTRIBUIDO POR SORTEIO 03/02/2015 TJEJP1115

Os resultados apresentados são de caráter informativo, não substituindo avisos ou intimações publicados no Diário da Justiça.

Consultas ao Telejuízo através do telefone: (83) 3621-1581



Processo

Nº Processo: 0002568-84.2015.815.2001	Entrada: 1/09/2017	Comarca: CAPITAL - RA, VARA CIVEL
Nº 1º Grau: 0002568-84.2015.815.2001	Última Distribuição: 11/09/2017	Tipo Distribuição: AUTOMÁTICA
	Volume: 1	Local: FORUM CIVEL DA CAPITAL
	Julgamento: 17/07/2018	Relator: DES. LUIZ SILVIO RAMALHO JUNIOR
	Orgão: 2A CIVEL	Classe: APELACAO

Assuntos:

ACIDENTE DE TRANSITO.

Partes:

	Tipo +	Nome da Parte +
1	Apelante	SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
2	Advogado	ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COULINHO
3	Apelado	BRDESCO SEGUROS S/A
4	Advogado	ROSTAND INACIO DOS SANTOS

Movimentações:

	Data +	Descrição +
1	04/08/2018	BAIXA DEFINITIVA
2	16/08/2018	TRANSITADO EM JULGADO EM 16/08/2018
3	01/08/2018	PUBLICADO ACORDÃO
4	02/08/2018	RECEBIDOS OS AUTOS ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
5	31/07/2018	REMETIDOS OS AUTOS PARA ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
6	17/07/2018	CONHECIDO O RECURSO DE PARTE E NÃO-PROVIDO COLEGIADO RECU
7	17/07/2018	CONCLUSOS PARA JULGAMENTO
8	29/06/2018	INCLUIDO EM Pauta Sessão dia 10.07.2018
9	29/06/2018	RECEBIDOS OS AUTOS ASSESSORIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
10	26/06/2018	REMETIDOS OS AUTOS PARA ASSESSORIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
11	26/06/2018	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE
12	26/09/2017	CONCLUSOS PARA DESPACHO
13	26/08/2017	RECEBIDOS OS AUTOS ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
14	11/09/2017	AUTOS ENTREGUES EM CARGAVISTA A MINISTERIO PUBLICO
15	11/09/2017	RECEBIDOS OS AUTOS ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
16	11/09/2017	REMETIDOS OS AUTOS PARA ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
17	11/09/2017	DISTRIBUIDO POR SORTEIO TJE5803

Os resultados apresentados são de caráter informativo, não substituindo avisos ou intimações publicados no Diário da Justiça.

Consultas ao Telejuízo através do telefone: (83) 3621-1591





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO FRANASO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 30/08/2014 CPF DA VÍTIMA 054.878.444-29
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BARÃO DO TRIUNFO BAIRRO Centro
 Nº 1233 COMPLEMENTO CASA UF PA CEP 58.297.000
 CIDADE RIO TUNO TELEFONE (83) 98651-8167
 E-MAIL _____

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, TALS 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 8 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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

- MORTE = R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGUROSDOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA youes piosson 29/08/23
 IDENTIDADE RG-2.815.938-5500/PS
 ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

CONCADA SILVA





PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

GABINETE DO DESEMBARGADOR LUIZ SILVIO RAMALHO JÚNIOR

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL (Processo nº 0002568-84.2015.815.2001)

RELATOR : Tércio Chaves de Moura, Juiz convocado para substituir o Desembargador Luiz Silvío Ramalho Júnior

APELANTE : SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

ADVOGADO : ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COUTINHO

APELADO : BRADESCO SEGUROS S/A

ADVOGADO : ROSTAND INÁCIO DOS SANTOS

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. DPVAT. FALTA DE INTERESSE DE AGIR. EXTINÇÃO DO FEITO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO. AUSÊNCIA DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. AÇÃO INTENTADA APÓS ACÓRDÃO PARADIGMA DO STF. PRETENSÃO RESISTIDA INOCORRÊNCIA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

- Considerando que a ação foi ajuizada após o julgamento do recurso extraordinário com repercussão geral, no qual o STF decidiu pela necessidade de prévio requerimento administrativo para a propositura da ação de cobrança de seguro DPVAT, não há que se modificar a sentença que julgou extinto o processo sem julgamento do mérito, ante a inocorrência da pretensão resisitida.

V I S T O S, relatados e discutidos estes autos acima identificados, A C O R D A M, em Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça, à unanimidade, em negar provimento à apelação, nos termos do voto do Relator.

RELATÓRIO

Digitizado com Cam



Trata-se de apelação cível interposta por SEVERINO FRANCISCO DA SILVA, irresignado com a sentença prolatada pelo Juiz da 3ª Vara Cível da Comarca da Capital, que julgou extinta, sem resolução do mérito, a ação de cobrança que promove em face do BRADESCO SEGUROS S/A, sob o fundamento da ausência de pretensão resistida.

Em suas razões, alega que não pode ser obrigado a requerer administrativamente o valor do seguro, sob pena de afronta ao princípio da inafastabilidade da tutela jurisdicional, contido no art. 5º, XXXV, da Constituição Federal, e ainda, que nos termos da Lei n. 6.194/74, alterada pela Lei n. 8.441/92, não há necessidade de esgotamento da seara administrativa.

Requer a reforma da sentença com o reconhecimento de que o prévio requerimento administrativo não é requisito indispensável à propositura da ação.

Contrarrazões às fls. 99/103.

A Procuradoria-Geral de Justiça pugna pelo prosseguimento do recurso sem manifestação de mérito, sob o fundamento da ausência de interesse ministerial – fls. 110/111.

É o relatório.

– VOTO – Tércio Chaves de Moura (Relator).

O recurso deve ser desprovido.

Isso porque, a matéria em comento já se encontra decidida pelo Supremo Tribunal Federal — na mesma linha de raciocínio seguida no Recurso Extraordinário nº 631.240, da relatoria do Ministro Roberto Barroso, que trata de benefício previdenciário, com repercussão geral reconhecida — sendo certa a necessidade de prévio requerimento administrativo como condição para o acesso ao poder judiciário nas ações de cobrança de seguro DPVAT:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. DIREITO CIVIL. CONTRATO DE SEGURO. DPVAT. RECURSO EXTRAORDINÁRIO QUE NÃO ATACA TODOS OS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SUM. 283/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. ART. 5º XXXV. INOCORRÊNCIA. REPERCUSSÃO GERAL NÃO EXAMINADA EM FACE DE OUTROS FUNDAMENTOS QUE OBSTAM A ADMISSÃO DO APELO EXTREMO. (...) O Tribunal de origem ao apreciar o feito, manteve a sentença recorrida que fundamentou a extinção do processo, sem resolução de mérito, com o seguinte argumento: () **inexiste nos autos prova de que a indenização pleiteada pela parte demandante foi negada pela Segurado na via administrativa.** Desse modo, se não há pretensão resistida, verifica-se a falta de interesse processual a justificar a propositura da presente demanda, devendo estar

Digitizado com Cam



ser extinta sem apreciação do mérito. Com a devida vênia de entendimentos em sentido contrário, na espécie, não incide o princípio da inafastabilidade da jurisdição, tendo em vista a ausência de lesão ou ameaça de lesão a direito da parte demandante. Entretanto, a parte recorrente não atacou esse fundamento da decisão impugnada, voltando sua insurgência somente para o mérito direito de petição da demanda. Incide, na espécie, o enunciado da súmula STF 283: É inadmissível o recurso extraordinário, quando a decisão recorrida assenta em mais de um fundamento suficiente e o recurso não abrange todos eles. (...) (STF - RE: 824704 MA , Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 29/09/2014, Data de Publicação: DJe-192 DIVULG 01/10/2014 PUBLIC 02/10/2014)" (grifei)

Ressalte-se que os julgados colacionados tiveram como fundamento o entendimento firmado pelo Plenário da Suprema Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida através do Recurso Extraordinário 631.240/MG, a seguir transcrito:

"RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E INTERESSE EM AGIR. 1.A instituição de condições para o regular exercício do direito de ação é compatível com o art. 5º, XXXV, da Constituição. Para se caracterizar a presença de interesse em agir, é preciso haver necessidade de ir a juízo. 2. A concessão de benefícios previdenciários depende de requerimento do interessado, não se caracterizando ameaça ou lesão a direito antes de sua apreciação e indeferimento pelo INSS, ou se excedido o prazo legal para sua análise. **É bem de ver, no entanto, que a exigência de prévio requerimento não se confunde com o exaurimento das vias administrativas.** 3. (...) (STF - RE: 631240 MG , Relator: Min. ROBERTO BARROSO, Data de Julgamento: 26/08/2014, Data de Publicação: DJe-170 Divulgação: 02/09/2014 Publicação: 03/09/2014)"

Ou seja, após a publicação deste Acórdão, a Suprema Corte mitigou a regra sobre a necessidade de prévio requerimento administrativo e estabeleceu uma regra de transição, para fins de aplicação às ações em tramitação. Entenda-se, caso a ação tenha sido proposta sem demonstração de prévio requerimento administrativo, em período que alcance até a data de julgamento do recurso representativo da controvérsia supra (03.09.2014), deve ser observado o seguinte:

" (i) caso a ação tenha sido ajuizada no âmbito de Juizado Itinerante, a ausência de anterior pedido administrativo não deverá implicar a extinção do feito; (ii) caso o INSS já tenha apresentado contestação de mérito, está caracterizado o interesse em agir pela resistência à pretensão; (iii) as demais ações que não se enquadrem nos itens (i) e (ii) ficarão sobrestadas, observando-se a sistemática a seguir. 7. Nas ações sobrestadas, o autor será intimado a dar entrada no pedido administrativo em 30 dias, sob pena de extinção do

Digitizado com Cam



processo. Comprovada a postulação administrativa, o INSS será intimado a se manifestar acerca do pedido em até 90 dias, prazo dentro do qual a Autarquia deverá colher todas as provas eventualmente necessárias e proferir decisão. Se o pedido for acolhido administrativamente ou não puder ter o seu mérito analisado devido a razões imputáveis ao próprio requerente, extingue-se a ação. Do contrário, estará caracterizado o interesse em agir e o feito deverá prosseguir. 8. Em todos os casos acima itens (i), (ii) e (iii), tanto a análise administrativa quanto a judicial deverão levar em conta a data do início da ação como data de entrada do requerimento, para todos os efeitos legais."

Percebe-se, assim, que de acordo com o julgamento paradigma do STF, no caso de a ação ter sido proposta sem demonstração de prévio requerimento administrativo e em período anterior à data daquele julgado (03.09.2014), como no caso em concreto, desde que tenha havido a apresentação de contestação ou tenha o interessado procedido com o requerimento necessário, resta configurado o interesse de agir, ante a resistência da seguradora em pagar a indenização.

Diante disso, no caso concreto, tem-se que a presente demanda foi ajuizada em data posterior ao Acórdão paradigma do STF, a saber, em 28 de janeiro de 2017 e, sendo assim, inexistindo requerimento de pagamento na seara administrativa, não há interesse de agir do apelante, estando correta a decisão que extinguiu o processo, sem julgamento do mérito, nos moldes do que preceitua o art. 485, VI, do NCPC¹.

Mutatis mutandis, esta Corte de Justiça, cujo acórdão exemplificativo segue:

APELAÇÃO. COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. CARÊNCIA DE AÇÃO. INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. DEMANDA PROPOSTA ANTES DO JULGAMENTO DE RE 631240. REGRA DE TRANSIÇÃO. RECURSO REPETITIVO. PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO. ANULAÇÃO DA SENTENÇA. CPC, ART. 932, V, B. - Considerando que a ação foi ajuizada antes do julgamento do recurso extraordinário com repercussão geral, no qual o STF decidiu que o prévio requerimento administrativo é indispensável para autorizar a propositura da ação, e que houve integralização processual, inclusive com apresentação de contestação, resta caracterizado o interesse de agir pela resistência à pretensão. - (...). (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00017702320128150581, - Não possui -, Relator DES. JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 31-01-2017)

¹ Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando: (...) VI - verificar ausência de legitimidade ou de interesse processual;



Nesse contexto, comprovando-se que o apelante não formulou pedido de pagamento do seguro obrigatório da esfera administrativa, não há que se falar em modificação do julgado, ressaltando-se que não existe prova de que a seguradora negou os pleitos formulados de forma extrajudicial.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

DOS HONORÁRIOS

Nos termos do art. 85, §11º do CPC/15, tendo em vista a apelação ter sido desprovida, majoro os honorários advocatícios, fixados em 10%(dez por cento), em 5% (cinco por cento), o que totaliza 15%(quinze por cento) sobre o valor da causa, considerando a dedicação do causídico, o zelo na condução do processo e o respeito aos prazos, nos moldes do que dispõe o art. 85, § 11 do NCPC.²

É o voto.

João Pessoa, 17 de julho de 2018.

Tércio Chaves de Moura
Juiz convocado
Relator



² Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor. (...)§ 11. O tribunal, ao julgar recurso, majorará os honorários fixados anteriormente levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, observando, conforme o caso, o disposto nos §§ 2º a 6º, sendo vedado ao tribunal, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor, ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210213306 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE com fratura temporal direita, fratura da mastóide, fratura da clavícula direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ouvido direito apresenta cicatriz operatória inexistente, pavilhão auricular normal, tímpano normal, presença de cerúmen, ausência de coleções, ausência de corpo estranho, ausência de tumorações. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 100°, extensão aos 25°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita osteossíntese com placa e parafusos. Realizado tratamento conservador do TCE. Apresenta zumbido de ouvido direito com perda parcial da audição, apresenta hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do ombro direito.

Sequelas permanentes: Redução residual da audição à direita, redução funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210213306 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - GLASGOW 14. P 9
FRATURA TEMPORAL DIREITA.
FRATURA DE MASTOIDE.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. P

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - CLAVÍCULA OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 6/7/20/21*/22/23*/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P 2/17 - NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECEER NEXO ENTRE A LESÃO DO JOELHO ESQUERDO E O ACIDENTE DE 18/08/2014 LESÃO NÃO MENCIONADA, NÃO APRESENTA NEXO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160138/21
Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 054.878.444-29
CPF de: Próprio
Data do acidente: 18/08/2014
Titular do CPF: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA : 054.878.444-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2021
Nome: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 054.878.444-29

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118866/21
Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 054.878.444-29
CPF de: Próprio
Data do acidente: 18/08/2014
Titular do CPF: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA : 054.878.444-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2021
Nome: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 054.878.444-29

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

