



08/09/2020

Número: **0800983-60.2017.8.15.0071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Areia**

Última distribuição : **29/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34067289	08/09/2020 16:24	Petição	Petição
34067290	08/09/2020 16:24	2663159_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
34067291	08/09/2020 16:24	2663159_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10539238

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01147/01148 - carta_01



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10555754

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01621/01622 - carta_03



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10709650

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01065/01066 - carta_03



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2017

Carta nº: 11180598

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170097501 ASL-0061940/17
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01423/01424 - carta_02



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11222947

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170097501 ASL-0061940/17
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01505/01506 - carta_04



00050753



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1100 - AREIA, PB

DATA: 26/01/2017

TERMINAL: 1001

NSU: 000014

HORA: 09:17:39

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SAÍDO

AGENCIA/CONTA: 1100/013.00021/90-3

NOME: SEVERINO P DA SILVA

SALDO DISPONIVEL: 50.00

SALDO BLOQUEADO: 0.00

SALDO TOTAL: 50.00

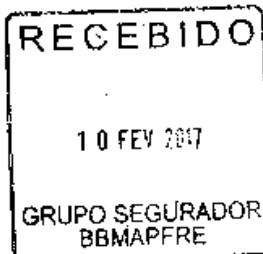
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE AREIA
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

DOCUMENTO 1 *T1%*



OCORRÊNCIA Nº.: 613/2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 613 registrada em 03/01/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 03/01/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:24:05 horas, compareceu o Sr(a) SEVERINO PEREIRA DA SILVA, nascido(a) em 25/11/1975, filho(a) de JOÃO PEREIRA DA SILVA e IRENE SIPRIANO DA SILVA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de AREIA/PB, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 2.011.995, expedido pela SSP-PB, com CPF 029.039.044-30, residente a(ao) DISTRITO DA USINA SANTA MARIA, na cidade de AREIA-PB, telefone 83996031372.

Declarou que:

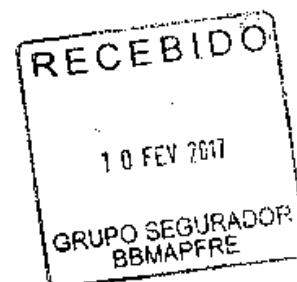
QUE na data de 04/12/2016, por volta das 17h, estava transitando do distrito de Santa Maria, onde reside, com destino a esta cidade de Areia/PB, em seu veículo MARCA/MODELO: HONDA NXR150 BROS ES, ANO/MODELO: 2012/2012, PLACA: NQD0873/PB, COR: VERMELHA, CHASSI: 9C2KD0550CR567042 e RENAVAM: 00458131628, quando, em uma curva, um cachorro atravessou a pista e a noticiante acabou colidindo com o animal e caindo da motocicleta; QUE ficou caída ao solo e foi socorrido por pela pessoa conhecida por VAL; QUE foi trazido para o hospital municipal desta cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB; QUE devido ao acidente, teve seu joelho e pé direitos machucados; QUE ainda não recuperou os movimentos da perna e se utiliza de muletas.. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresse a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

AREIA/PB, 3 de janeiro de 2017

Severino Pereira da Silva

SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Declarante

Antonio Jacinto de Sousa Junior
ANTONIO JACINTO DE SOUSA JUNIOR - AD HOC
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Servino Pereira da Silva, portador da carteira de identidade nº 2031995 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.039.044-30, residente e domiciliado na Sítio Antão Distrito União Santa Maria, Cidade Arceia, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

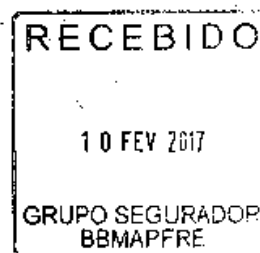
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Servino Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Arceia PO 12 janeiro 2017

Local e data



Ficha de Acolhimento

Nome: Suelio Moreira da Silva
End: Santa Helena Bairro: Água
Data de Nascimento: 25-11-78 Documento de Identificação: Água
Queixa: Acid Data do Atend: 04-12-16 Hora: 20:58 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

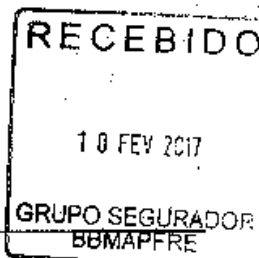
Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

DOCUMENTO 2 "TZM"



DOCUMENTO 2 *T2%*



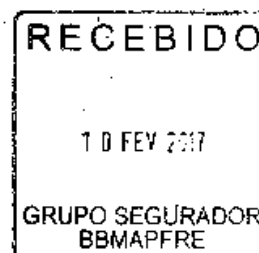
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sereirino Pereira da SilvaRG nº 2031995, data de expedição 02/02/1994 Órgão SSP/PB

CPF nº 029-039-044-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Grutão</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Distrito Uçima Santa Maria</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Arua</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58397000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9-9633-0727</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Arua PB. 12 janeiro 2017Assinatura do Declarante: Sereirino Pereira da Silva

MARIA APARECIDA FERREIRA DA SILVA
LOCUSTINA SANTA MARIA, S/N - AREA RURAL
ARARA/PE CEP: 55301000 (AG: 11)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO B-200, Km 25 - Cmta Redentor - João Pessoa/PE - CEP 55071-800
Medida: 13 - 72 - 225 - 1370 Referência: Dez/2016 CTP: 009085 123/000140 Ins: Ext 48 015823.0
Nº medidor: 00008411338 Emissão: 22/12/2016

Hab: Faltas/Contas de Energia Elétrica: N000584 272
Código para Dúvidas Automáticas: 0001845418

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1540421-3**

Dez/2016

Canal de contato

Apresentação

22/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

20/01/2017

CNPJ/CNPJ RANI

4532051430

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 22/11/16 Leitura: 4514	Data: 22/12/16 Leitura: 4591	1	77	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	77	0,30918	23,70
Imp. E. Energia			0,27
Subsídio			10,17
PIB			0,26
COTMS			1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 10/2016			0,18
JUROS DE MORA 11/2016			0,13
MULTA 10/2016			0,52
MULTA 11/2016			0,54
Devolução Subsídio			-10,17

Histórico de Consumo
(kWh)

Nov/16	83
Out/16	78
Sep/16	71
Ago/16	64
Jul/16	79
Jun/16	69
Mai/16	72
Abr/16	70
Mar/16	69
Fev/16	84
Jan/16	79
Dez/15	81

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIB	39,21	1,0102	0,39
COTMS	39,21	4,8478	1,89

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Mês dos últimos meses

29/12/2016

R\$ 27,42

2830.3f9c.d541.ed08.a357.395d.c507.b489

Indicadores de Qualidade 10/2016 kWh

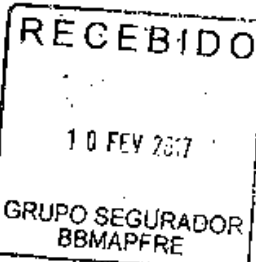
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DM MENSAL	12,35	1,78
DM TRIMESTRAL	24,71	
DM ANUAL	49,42	
FC MENSAL	7,89	1,00
FC TRIMESTRAL	15,78	
FC ANUAL	31,56	
DMC	0,76	1,75
DMC2	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dne da Energisa/PE	9,12	33,20
Compra de Energia	10,87	39,61
Geração de Vendas/Atendimento	0,63	2,30
Encargos Saneamento	3,58	13,06
Impostos, Oneros e Encargos	3,42	12,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	27,42	100,00

Valor em USD (Ref: 10/2016) R\$ 12,82

ATENÇÃO

Supervisão DEC: 7.081/13 R\$ 10,17
Iperon ICMS



မာယာဝိဒ္ဓါနိဂ္ဂဟိတိ ဟံ ဣဒံ ဝိသုဒ္ဓိသုတ္တံ

Page 3 of 13, 7710, 1102, 8025, 3070, 4045, 8080

RESERVADO AO FISCAL

Handwritten signature: [Illegible]

[illegible][illegible]

RECEBIDO
10 FEB 2017
GRUPO SEGUADOR
BRMAPFRE





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

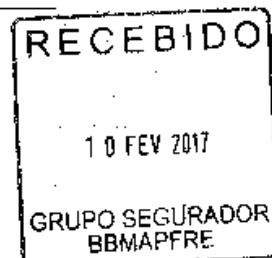
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Imácio Bruno Sammartino, portador(a) do RG nº 2131933, expedido por SSP/PB, em 21/12/11, CPF/CNPJ nº 03678184-06, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Severino Pereira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária da vítima Severino Pereira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: OSB/PB - 21472

Imácio Bruno Sammartino
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



0115855





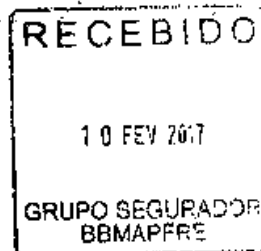
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Sipaiano da Silva,
 RG nº 3208438, data de expedição 29/03/2004
 Órgão SSPPB, portador do CPF nº 072.828.354-8 com
 domicílio na cidade de Areia, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Grutão, Dist. União Santa Maria, nº 514,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Sereno Pereira da Silva, cujo o condutor era
o mesmo.
 Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES
 Ano: 2012
 Placa: NQD-0873/PP
 Chassi: 9C2K D0550CR567042
 Data do Acidente: 04/12/2016
 Local e Data: Areia PP 12/04/2017

José Sipaiano da Silva
 Assinatura do Declarante

Sereno Pereira da Silva

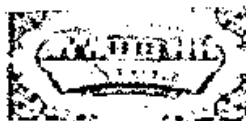
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCÍLIO RODRIGUES
RUA. MÔNS. WILFREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ: 11.268.285/0001-62 - CNES: 6499198
CEP: 58.397-000 - FONE: 3362-2297

DOCUMENTO 5 "T56"



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Selenino Ferreira da Silva
DOCUMENTO Nº. _____ IDADE: 47 Anos
DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1978 SEXO: M
ENDEREÇO: Rua São João
CIDADE: Areia - PB CEP: _____
PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

H.D.A. Paciente com Fratura do fêmur direito com
osteíte crônica causada por acidente de
trânsito (sic) e uso de álcool
em grande quantidade

EXAMES REALIZADOS: _____

CONDIÇÃO: _____

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2559
CPF 134.209.104-78

DATA: 04/12/2014

MÉDICO ASSISTENTE / CRM _____





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CNPJ: 08-778-268/0001-60

Código da Unidade: 00023671

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 1555226

Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Profissão: AGRICULTOR

Documento: 201.655

End.: S.ª SANTA MARIA, AREIA

Bairro: Z. RR

Município: AREIA

Estado: PB

Data Atendimento: 04.12.2015

Código do Município: 2501103

Cartão do SUS: 04.12.2015

Código do Município: 2501103

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abalo

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Empalhamento subcutâneo

10. Enfiamento

11. Equinose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortante

15. F. Cortante

16. F. Corto-contuso

17. F. Perfura-contuso

18. F. Perfura-cortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Incurtamento venoso

23. Laceração

24. Lesão tendinea

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento tóxico purulento

28. Objeto encaixado

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Paralisia

32. Paralisia

33. Quiladura

34. Rinite

35. Sinal de Isquemia

36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada: % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID: fratura ext do antebraço

Idade: 45 anos

Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR

Documento: 201.655

End.: S.ª SANTA MARIA, AREIA

Bairro: Z. RR

Município: AREIA

Estado: PB

Data Atendimento: 04.12.2015

Código do Município: 2501103

Cartão do SUS: 04.12.2015

Código do Município: 2501103

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais

☐ Gasometria arterial

☐ Tomografia Computadorizada

☐ Ultrassonografia

☒ Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____

Especialista: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1. Exame físico

2. Exame físico

3. Exame físico

4. Exame físico

5. Exame físico

6. Exame físico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Suelio Moreira Torres

08/09/2020 16:24:11

GRUPO SEGUR
BBMAPFR

10-FEV-2017



GOVERNO
DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 336222

Nome:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Profissão: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Documento

End.: RUA AGRICULTOR

Bairro: 20-1355

Município: SANTA LÚCIA

Estado: 25

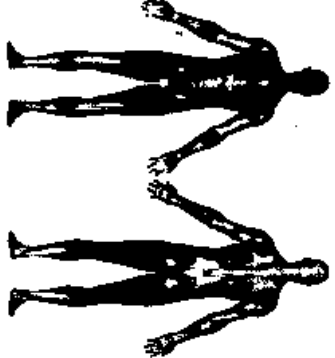
Data Atendimento: 06/12/2015

Código do Município: 250110

Cartão do SUS:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 19. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 20. Hematoma |
| 4. Contusão | 21. Injúria térmica |
| 5. Cortadura | 22. Injúria química |
| 6. Escoriação | 23. Laceração |
| 7. Dor | 24. Lesão tendão |
| 8. Edema | 25. Luxação |
| 9. Enfisema | 26. Mordedura |
| 10. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento tônico paroxístico |
| 11. Eritema | 28. Objeto encravado |
| 12. Equimose | 29. Queimadura |
| 13. F. Amn. branca | 30. Periclitose |
| 14. F. Amn. de fogo | 31. Piorreia |
| 15. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 16. F. Corto-contuso | 33. Queimadura |
| 17. F. Perfuro-contuso | 34. Rinite aguda |
| 18. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de leucemia |
| | 36. Sinal de leucemia |

OBS:

QUEILADURA: Superfície corporal lesada: % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Lesão extensa na pele

Recebo de atendimento
em 06/12/2015
em 06/12/2015

RECEBIDO
16 MAR 2016
GRUPO SEGURADOR
BEMAPRE

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS () Esféricas () Irregulares () Anisocóricas ()

Glasgow: PA: HGT: Setor:

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia

() Genética () Radiografia

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dia: / /

Procedimentos realizados:

Prescrições e condutas:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

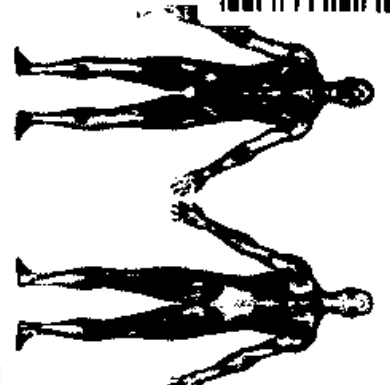
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: PRONTOUÁRIO Nº: 155-124
Sexo: F
Profissão: AGRICULTOR Documento: 201.143
Bairro: 2º PR
Estado: PI CEP: 250110
Município: 250110
Data de Nascimento: 04/12/2016
Data do Atendimento: 04/12/2016
Local de Atendimento: AREIA
Código do Município: 250110

2. DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injúria traumática venosa
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendínea
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Eritema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Enfiamento	28. Objeto encaixado
11. Equimose	29. Otorrquia
12. F. Arma branca	30. Peritite
13. F. Arma de fogo	31. Parotite
14. F. Contuso	32. Parotidite
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de isquemia
18. F. Perfuro-contente	36.

RBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Feitura exte na pele

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Idade: 14 anos 6 meses, 14 dias
em pélo duro.

RECEBIDO
14 JUN 2017
GRUPO SEGUADOR
BEMAPERE

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO:
PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: PA: HGT: Sato2:

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
() Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____
Especialista: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: _____
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS: _____
HORA DO REALIZADO: _____

1. A son de altura
2. Exame físico
3. Exame físico
4. Exame físico
5. Exame físico
6. Exame físico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Moreira Torres
End:	Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - João Pessoa - PB
Data de Nascimento:	25-11-75
Queixa:	Data do Atendimento: 04-12-16 Hora: 00:58 Documento: 20090816241076200000032587198
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Classificação de Risco

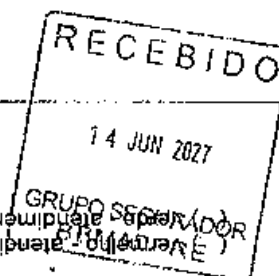
Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo
Frequência respiratória:	Aspecto: () Calmo () Facéis de dor () Gemente
Pressão arterial:	Frequência cardíaca:
Dosagem de HGT:	Temperatura axilar:
Deambulação:	Mucosas:
() Livre () Cadeira de rodas () Maca	() Normocorada () Palida

Estratificação

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*

Carimbo: *Assinatura e carimbo do profissional*



MEDICO ASSISTENTE - CRM

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2559
CPF 139.209.104-78

DATA 04/12/2019

COPIA:

EXAMES REALIZADOS:

Nome: Suelio Moreira dos Reis
CPF: 05580 Caribado 2019. Acreditado
Médico (SIC) - Universidade de Alagoas
RUA Fátima - Fátima - Maceió - AL
RUA Fátima - Fátima - Maceió - AL

PROFISSÃO: ESTADO CIVIL

CIDADE: Aracaju - RJ CEP:

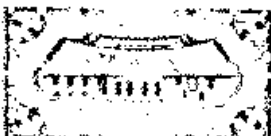
ENDEREÇO: Rua São João - Maceió

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1978 SEXO: M

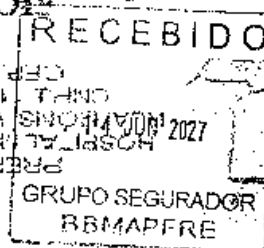
DOCUMENTO N. IDADE: 41 Anos

NOME: Suelio Moreira dos Reis

19:00:00 ENCAMINHAMENTO



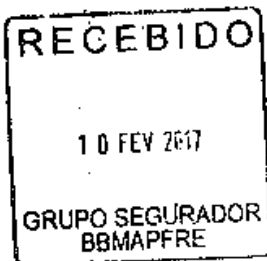
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARRA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCÍLIO RODRIGUES
HOSPITALS VALFREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ 12.688.856/0001-02 - CIESP 0499198
CPF 58.397.000 - FONE 3062.2297

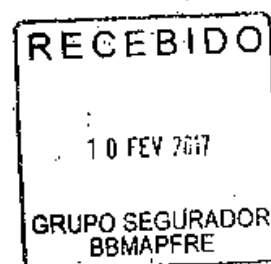


DOCUMENTO 6 "7696"



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSADOIR 2011995 SSP PB
	CPF 029.039.044-30 DATA NASCIMENTO 25/11/1975
	PRENOME JOAO PEREIRA DA SILVA
	IRENE SIPRIANO DA SILVA
VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1275641795	PERMISSÃO RENOVADA
	REC. AD
01634938602	VALIDADEZ 07/06/2021 1ª NÚMERO 25/01/2001
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 15/06/2016
	43580556868 PB032480555





DOCUMENTO 7 17%



CONTRAN		DENTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
1. DETRAN - PB A. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO RUA 00458131628 PLACA 07282835497 NOVO		Nº 012297549662 2016	
JOSE STEFANO DA SILVA 07282835497 07282835497 NOVO			
PAS/MOTOCICLETA/ANO HONDA/NXR150 BROS ES 2 P/149 /C 2012			
VENIC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENIC. OPTAS 01			
PREMIO TARIFARIO (R\$) 01 00/00/0000 01			
REST. BEN. TRIBUTARIO 0			
AREIA-PB - LOCAL 23/03/2016 36269			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PRÓPRIOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE WATERRESTRE, OU POR SEU CONDOTA, PESSOAS E TRANSPORTADOS QUANTO A SEGURO DPVAT 2016			
PB Nº 012297549662 BILHETE DE SEGURO DPVAT ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 07282835497 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodetransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
07282835497 00458131628 2012 07282835497 00458131628 2012 07282835497 00458131628 2012			
PREMIO TARIFARIO 01 00/00/0000 01			
SEGURO 01 00/00/0000 01			
SEGUROADORA LIDER - DPVAT 07282835497 00458131628 2012 07282835497 00458131628 2012			



DOCUMENTO 8 *T8%*



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

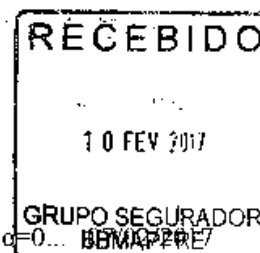
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente SEVERINO PEREIRA DA SILVA		Nome da Vítima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 02903904430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doc. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. NETO // EMAIL: INACIOBRUNOADV@GMAIL.COM MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341-6070 07102117	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>

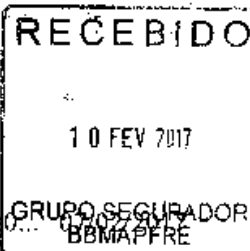


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>



GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

16 MAR 2017

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Suelio Pereira da Silva		
End:	Rua 58 - Jd. Paraíso		Bairro:
Data de Nascimento:	25-11-75	Documento de Identificação:	41999
Queixa:	Acid. Data do Atend.: 04-12-16 Hora: 20:58 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo (x) Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (x) Normocorada () Pálida
Deambulação: (x) Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

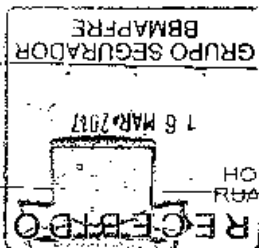
MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (x) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍSA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÚA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCÍLIO RODRIGUES
RUA HENRIQUE WILFREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ: 11.208.285/0001-02 - CNE ES: 6499198
CEP: 68.397-000 - FONE: 3362-2297



19:00
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Serequino Felício dos Santos

DOCUMENTO Nº: _____ IDADE: 47 Anos

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1978 SEXO: M

ENDEREÇO: Usina São Mateus

CIDADE: Araújo - PA CEP: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL _____

H.D.A. Pacienta - Felício dos Santos
apresenta Dor Abdominal no quadrante superior direito
devido a cólica biliar. História de
lithiasis (sic) biliar e de Acalasia
do esôfago.

EXAMES REALIZADOS: _____

CONDIÇÃO: _____

DATA: 04/12/2014

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2558
CPF 134.208.104-78

MÉDICO ASSISTENTE





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

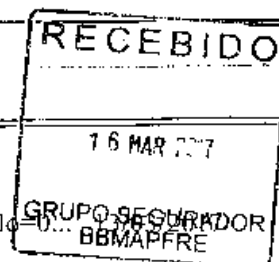
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO SARMENTO		Nome da Vítima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 02903904430
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz. Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Sou 0062 940/17 3358-55. MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impresaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>



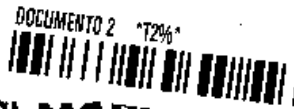
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:24:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816241076200000032587198>

Número do documento: 20090816241076200000032587198



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



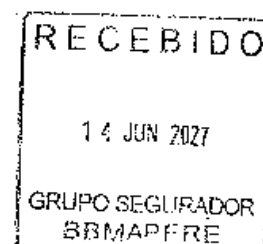
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO		Nome da Vitima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vitima 02903904430
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima ☐ CPF da Vitima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos Entregues e Observações Assinatura 0061940/14	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 08/06/2021



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:24:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816241076200000032587198>

Número do documento: 20090816241076200000032587198

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO PEREIRA DA SILVA** Sinistro: **3170097501** Data: **04/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOC USINA SANTA MARIA, SN - ZONA RURAL - Areia - PB - CEP 58397-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp / PB**] **2011995**

Data local do exame: [**27/06/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Ferimento corto contuso no joelho direito. Ao exame, cicatriz longitudinal na face anterior do joelho direito de cerca de 5 cm. Mobilização ativa e passiva do joelho sem restrições. Deambula sem auxílio. Sem déficit neuro-vascular.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima submetida a sutura simples e curativo. Alta no mesmo dia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

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

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso no joelho direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, cicatriz longitudinal na face anterior do joelho direito de cerca de 5 cm. Mobilização ativa e passiva do joelho sem restrições. Deambula sem auxílio. Sem déficit neuro-vascular.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a sutura simples e curativo. Alta no mesmo dia.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 27/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - CJUS DA COMARCA DE AREIA/PB

Processo: 08009836020178150071

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AREIA, 3 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

