



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)
PERITO registrado(a) civilmente como HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77314 234	09/08/2023 10:59	<a href="#">Alegações Finais</a>	Alegações Finais
77314 235	09/08/2023 10:59	<a href="#">2851582_ALEGACOES_FINALIS_Anexo_02</a>	Outros Documentos
77314 237	09/08/2023 10:59	<a href="#">2851582_ALEGACOES_FINALIS_01</a>	Alegações Finais

EM ANEXO



**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 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.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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:



Suelio Moreira T. Torres  
Especialista em Traumatologia  
Ortopedia





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

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

**Rio de Janeiro, 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](http://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
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>



# 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, 05/08/2021  
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 1233 CASA 9 - Número: 1233 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIO TINTO 13 - Estado: PANAMA 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)  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 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 contestar, 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, Jardão Passoa 19/08/21

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: Silvino 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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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, 05/08/2021  
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: CENTRO 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 assinado, 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 ao 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 nós 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 Pussora 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 BRUNO 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 montante			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: TC crânio: sem lesões			
Cirurgia realizada - data e equipe: não realizado neurocirurgia			
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: 15 / φ cefalica / sem déficite motor / Acarada a parafusos da Otopedra / 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 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. / 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.			

Dr. THAISE AGUIAR FERREIRA  
NEUROCIRURGEA  
CRM 5247





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>			
Dieta: <u>líquida</u> Orientações Pós Alta			
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>60</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.			
<b>Cuidados com a ferida operatória:</b> 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 <u>Dr. Milton da Silva Linhares</u> Ao ambulatório em 30 dias para revisão. <u>CRM 4714 TEOT 6115</u> Ortopedia Traumatologia			
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.			



DISCIPLINADO em

PARA FINS DE CONCILIAÇÃO  
(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, MAMANGUAPE - 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) corpórea(s) 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, a ser prescrito), incluído do medidas de reabilitação?

Sim  Não

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

Diário de Luiz Augusto  
(SUELIO MOREIRA TORRES)  
11/08/2014

UAB 11/08/2014



19731  
019/19

APB  
OAB 11968

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 (pequenos)

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

Queda esgueiramente, limitação de movimentos  
na ASD

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

- Sim, em que prazo:
- 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 susceptíveis 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) de 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]  
Suelio Moreira Torres  
CRM 11968





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

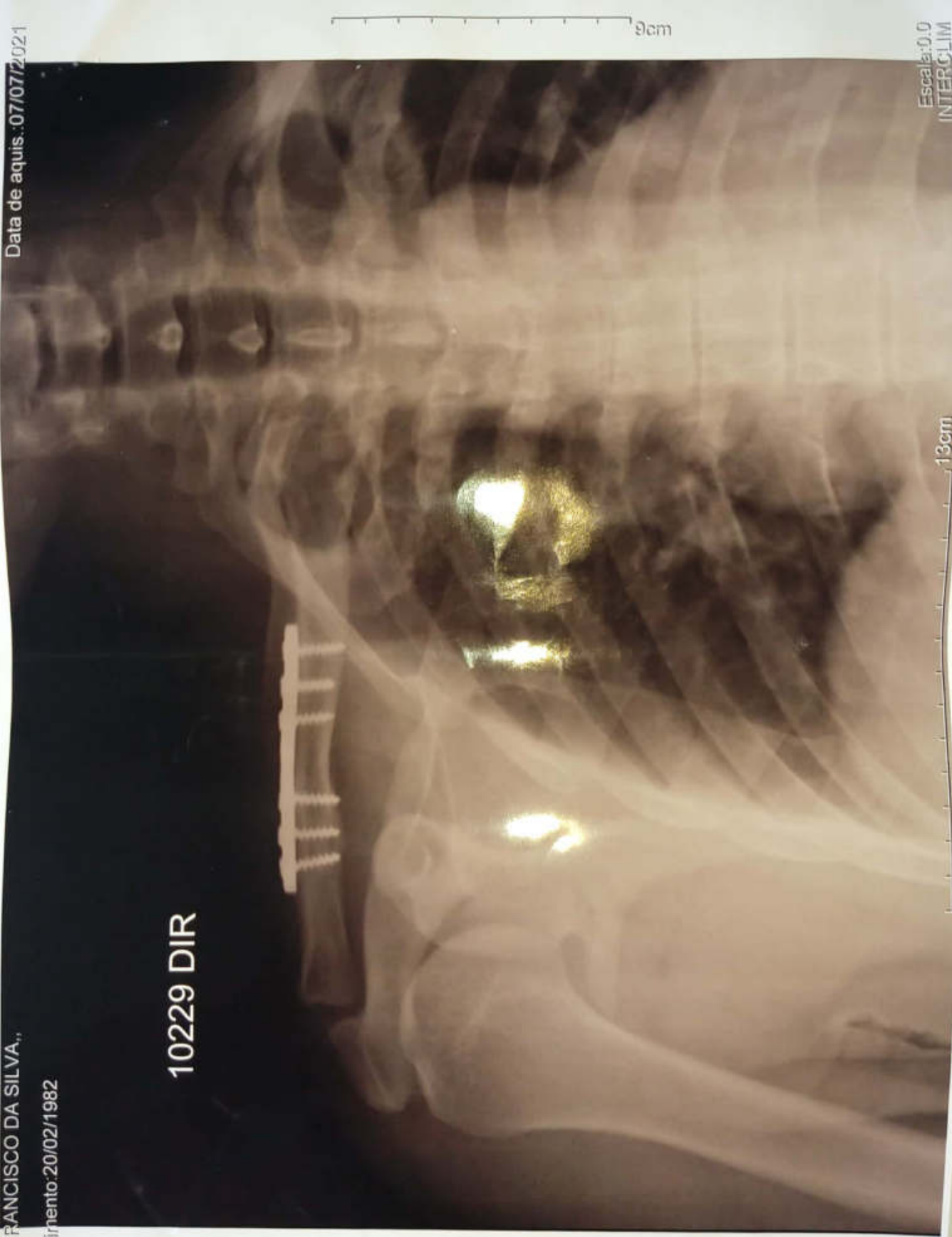
Digitizado com Cam



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

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021

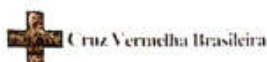


Escala: 0.0  
INTERCLIM

OMERO  
AP

Digitalizado com Cam





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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>					
Orientações Pós Alta:					
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 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>CEZAROLINA-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 - 09/08/2023 10:59:26  
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2308091059260310000072806670  
Número do documento: 2308091059260310000072806670



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 / tem déficit motor / Acorda a falar / da Ontopetrola / 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. paracetamol 1000mg VO 8/8h se dor					
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

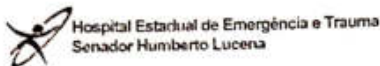
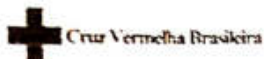
Num. 31243656 - Pág. 10

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2023 10:59:26  
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2308091059260310000072806670  
Número do documento: 2308091059260310000072806670

Num. 77314235 - Pág. 25



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-6736 / 3216-5775

**Boletim de Atendimento Emergencial: 775890**

<b>Identificação do paciente</b>						
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				
<b>Endereço</b>						
CEP 58290000	Município de residência CUITE DE MAMANGUAPE	Logradouro CURRALINHO				
Número SN	Complemento OBS: PACIENTE RESIDE EM MAMANGUAPE	Bairro ZONA RURAL				
<b>Admissão</b>						
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				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR NAO INFORMADO					
<b>Sinais Vitais</b>						
Pa _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
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  
244-11

18/08/2014 01:49

Digitalizado com Cam







# Primeiro Atendimento Médico



2751201 01 / 11/2014  
SERVIÇO DE REGISTRO EM SAÚDE  
DT: HNSC - 20/02/1992  
RUE - RUA DE GUARUJÁ

RHO - CURRULO INHO  
N. 58 - ZONA MARA  
SUITE DE RESIDUÁRIAS  
FOUR: ( )  
CELULAR (91) 91051101  
IDADE: 32 anos  
DT: REGISTRO - 14/09/2014 01 19 14

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

**DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA**

*Importante vítima de acidente de moto, com lesões múltiplas. Feridas abertas na região da cabeça e tórax. Hemorragia ativa. Paciente consciente, porém com dificuldade de respiração. Trauma de tórax.*

**EXAME PRIMÁRIO**

VIAS  Líquidas  Obstruídas

AÉREAS  Sim  Não

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade  Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD:  Presente e normal  Rude  Diminuído  Ausente

HTE:  Presente e normal  Rude  Diminuído  Ausente

2 - RUÍDOS

HTD:  Roncos  Sibilos  Estertores

HTE:  Roncos  Sibilos  Estertores

FR: *12* imp SaO<sub>2</sub>: *97* %

**CIRCULAÇÃO**

COR DA PELE:  Normal  Pálida  Cianótica  Pletórica  Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:  Normal  Quente  Fria

PULSO:  Normal  Aumentado  Fino  Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO:  Regular  Irregular  Ausente

BULHAS:  Normotónicas  Hipotónicas  Hipofónicas  Ausente

SOPRO:  Presente  Ausente

BEQUIN:  Sim  Não

FC: *70* bpm PA: *120 x 80* mmHg T: *36* °C

ECG:

ABDOMEN: *Abdomen normal*

**DÉFICIT NEUROLÓGICO**

Pupilas:  Fotorreagente  Paralisadas  Isocóricas  Anisocóricas (diferença = *0* mm)

Escala de Glasgow: *15*

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: <i>15</i>					

F(NG).CC.001-1

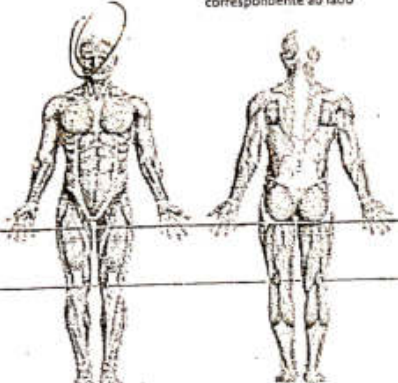
Digitalizado com Cam



**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIA:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA:  Não  Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS:  Não  Sim: \_\_\_\_\_

**LOCAL DA LESÃO** Identifique o local com o número correspondente ao lado →

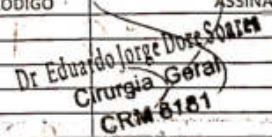


1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendínea
7 Edema	25 Luxação
8 Empalamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto 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  Lavado peritonial  
 Radiografias  Gasometria arterial  
 Ultrassonografia (FAST)  Tipagem sanguínea  
 Tomografia computadorizada

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 <i>Exame físico</i>		 Dr. Eduardo Jorge Dore Soares Cirurgia Geral CRM 8181
2 <i>Exame físico</i>		
3 <i>Exame físico</i>		
4 <i>Exame físico</i>		
5 <i>Exame físico</i>		
6 <i>Exame físico</i>		
7 <i>Exame físico</i>		
8 <i>Exame físico</i>		
9 <i>Exame físico</i>		
10 <i>Exame físico</i>		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE  Centro cirúrgico  
 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	US: <input checked="" type="checkbox"/> USS <input type="checkbox"/> USA	Piçntão: <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 Beral  
Cirurgia 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: 140x90 FC: 71bpm 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, encorruções em t.m.II.

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

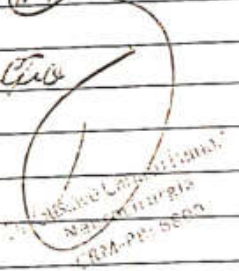

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA  
 PLASIL + Ap. (EV) (DE FRANCIELINO)




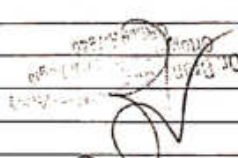
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

SUELIM O FRANCISCA DA SILVA

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<del>NCR</del>
18/08/14		<del>NCR</del> Exame ORL temporal LH Glossar (14) Inferior
		
19/8/14		<u>NCR</u>
		# ICE / Exame temporal LH (14)
		Tamém evoluindo sem intercorrências. Pega atenuação direita.
		→ Ao exame = { • Otorrquia LH • hemorragia ativa de nariz • Infecção sinusite - otomíngia
		→ ed = • otite meningocócica
		



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20.08.14		N/D
21.08.14	15	Acidente de trânsito ECG: II otorragia isolada dos dois ombros (D)
		Col: Rx ombros
		
21/08/14	18.05	Exame com feridas deformação óssea Tendão rompido Exame: feridas traumáticas deformidade
		
28/08/14		Aponte bem a ferida deformada, no DD Exame: feridas e deformidade no ombro direito

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





# INTERCLIM

*Sempre cuidando de você*

**Paciente:** Severino Francisco Da Silva

**Data Nasc:** 20/02/1982

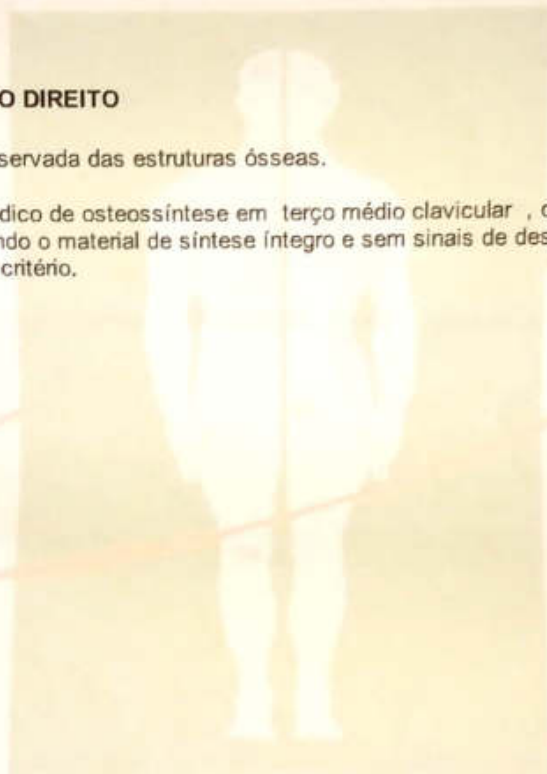
**Data Exame:** 07/07/2021 12:39

**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

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Suelio Moreira Torres', is located above the contact information.

*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](mailto:inter-clin@hotmail.com)

Site: [www.interclim.com.br](http://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

**Sexo:** Masculino

**Data Exame:** 07/07/2021 12:39

## 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](mailto:inter-clin@hotmail.com)

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


1/1

Digitalizado com Cam



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



 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>A.E.T. S.H.S.</i>		4 - CNES _____	
<b>Identificação do Paciente</b> 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 - Cód. IBGE MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____		23 - CID 10 PRINCIPAL    24 - CID 10 SECUNDÁRIO    25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		27 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    31-QTDE.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    34-QTDE.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    37-QTDE.	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<p><i>CX 3,5 ontoplan                      01 placa DCP 07 furos                      06 par. corticais (02 m = 14) e (04 m = 16).                      01 agulha plexo. (25).</i></p>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> 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) Dr. Brício Kelton B. Gonçalves Médico CRM 14788			
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		45 - Cód. 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)			

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. ...</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 (3 dedos) (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

*[Signature]*  
 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 + antiseptia + preparo do 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) Curativos assépticos

(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 Manoel 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:** *Cloralf + plaxo + geral R2*  
**ANESTESISTA:** *Dr Marco Túlio +*  
**INSTRUMENTADORA:**

GOVERNO DO ESTADO DA  
 PARAIBA CHEFEIA DE  
 ESTADO DE SAÚDE  
  
*B. M. 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)		<b>MATERIAIS/SOLUÇÕES</b>	<b>QTD.</b>	Luva para procedimento	<i>OK</i>	Fio de poliglactina nº 0	1
Etomidato amp		Agulha descartável <i>plaxo</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 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	
Levobupivacaína c/ vaso FA	1	Atadura de crepom	1	PVPi Degermante ml		Fio poliglicaprono nº	
Levobupivacaína s/ vaso FA	1	Atadura gessada		PVPi Tópico ml		Fio poliglicaprono nº	
Lidocaína s/ vaso fa		Bolsa para colostomia		Sabão antiséptico		Fio seda nº	
Midazolol 15mg/ml		Cânula p/ traqueostomia		Seringa descartável	<i>10</i>	Fita/cinta cardíaca	
Morfina amp (Dimorf)		Cateter embolec arterial		Seringa descartável	<i>20</i>		
Naloxona amp		Cateter nasal para oxigênio	1	Sistema aspiração traqueal			
Pancurônio, amp (Pavulon)		Cera para osso		Sonda ( tubo ) endotraq.		<b>MATERIAL DE FIXAÇÃO DA ORTOPEDIA</b>	<b>QT</b>
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	1	Sonda Foley c/ duas vias nº		Fio stetho	
ametonio, FA (Quelicin)		Compressa cirúrgica		Sonda nasog. curta nº		<i>3,5 Cx. ortopla</i>	
<b>MEDICAÇÕES</b>	<b>QTD.</b>	<b>Dreno de penrose</b>		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	1	Torneirinha descart. 3 vias		<i>cont. (02-14)</i>	
Atropina amp	1	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			
Dipirona amp 2 ml	1	Equipo PVC		<b>FIOS</b>	<b>QTD.</b>	<b>EQUIPAMENTOS</b>	
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	1	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>	1	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 26/08/2023	PACIENTE Suzanna Francisco da Silva	SEXO F	COR B	IDADE 73	REGISTRO																																														
HOSPITAL	CATEGORIA	ACOMODACÃO	ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE																																																
PRESSÃO ARTERIAL 120/70	PULSO 83 bpm	RESPIRAÇÃO Eupneica	TEMPERATURA 36,1°C	PESO	GRUPO SANGÜINEO																																														
ESTADO GERAL BOM <input checked="" type="checkbox"/>	HEILAP <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PESSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO BOM <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PESSIMO <input type="checkbox"/>																																												
EXAMES COMPLEMENTARES																																																			
AP. RESPIRATÓRIO Nada em AMT a 50			AP. CIRCULATÓRIO E.C.G. em 26/08/2023																																																
AP. DIGESTIVO Nada		ESTADO MENTAL Lúcido		DROGAS EM USO																																															
Pré 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)																																																			
INÍCIO DA ANESTESIA 14:00		TÉRMINO DA ANESTESIA 15:05		DURAÇÃO DA ANESTESIA																																															
IGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE OH		VALOR R\$																																															
ANESTESISTA Dr. Marcelo Távora + Michelle (MEI)																																																			
AGENTE / HORA																																																			
HISTÓRIA																																																			
SÍMBOLOS																																																			
LIQUIDOS																																																			
VENOSOS																																																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">CÓDIGOS</td> <td rowspan="2">CIRURGIA</td> <td rowspan="2">EISTOLICA</td> <td rowspan="2">DIASTOLICA</td> <td colspan="12">PULSO</td> </tr> <tr> <td>140</td><td>130</td><td>120</td><td>110</td><td>100</td><td>90</td><td>80</td><td>70</td><td>60</td><td>50</td><td>40</td><td>30</td><td>20</td><td>10</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ANESTESIA A</td> <td rowspan="2">PARTERIAL</td> <td rowspan="2">ANTIDÓTES</td> <td rowspan="2">PULSO</td> <td colspan="12"> </td> </tr> </table>						CÓDIGOS	CIRURGIA	EISTOLICA	DIASTOLICA	PULSO												140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	ANESTESIA A	PARTERIAL	ANTIDÓTES	PULSO												
CÓDIGOS	CIRURGIA	EISTOLICA	DIASTOLICA	PULSO																																															
				140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																		
ANESTESIA A	PARTERIAL	ANTIDÓTES	PULSO																																																
				ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> FACILITADA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> PUTROS <input type="checkbox"/>																																															
TECNICA TSS com estimulação física; infiltração de 45 ml de amido 2% + amido 1% + 45 ml de amido 1% + 45 ml de amido 1%																																																			
LÍQUIDOS VOLUME EM ML																																																			
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																																			
GLICOSE	Cefazolina 2g		Cetoprofeno 100mg																																																
NACL	Dexametasona 10mg		Dipriona 2g																																																
SANGUE	Propofol - 215ml		clonidina - 0,1 AMP																																																
RINGER	Cisatracurium - 10mg		Propofeno - 0,4 ml																																																
TOTAL	Fentanyl - 0,1 AMP		morfina - 0,4 AMP																																																
DESTINO DO PACIENTE	Oncologia - 14ms		Medicamentos - 10ms																																																

Dr. Marcelo Távora  
CRM 15715-PB  
CPF 073.903.157-15

Dr. Michelle Quintans  
Médica  
CRM-PB 5986  
Ampl.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2.815.938 - 2 VIA 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 CARTORIO MAMANGUAPE PB

054.878.444-29

MARIA B. LEITE

A +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-110

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DO TITULO

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 13/16
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:

	Nome da Parte
1 Apolante	SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
2 Advogado	ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COULINHO
3 Apelado	BRADESCO 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 NAO-PROVIDO COLEGIADO RECU
7	17/07/2018	CONCLUSOS PARA JULGAMENTO
8	29/06/2018	INCLUIDO EM PAUTA SESSAO 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 Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA SEVERINO FRANASO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 38/10/2014 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 PA4134 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.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA youes piosson 19/08/23  
 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 inoccorrência 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, irrisignado 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 NCPC<sup>1</sup>.

*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)

<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

É o voto.

João Pessoa, 17 de julho de 2018.

Tércio Chaves de Moura  
Juiz convocado  
Relator



---

<sup>2</sup> 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 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 cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	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
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## 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](http://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](http://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





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO TINTO/PB**

**Processo: 08011306920218150581**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, **em apresentar ALEGAÇÕES FINAIS com fulcro no art. 364, § 2º do NCPC, o que faz consubstanciado nas razões que seguem abaixo, expondo para em seguida requerer:**

**Aclarado Julgador**, a Seguradora ré faz uso de suas **Alegações Finais** para trazer a vosso crivo a análise da presente demanda, bem como apresentar sucintamente suas considerações referentes às suas teses de defesa.

Trata-se de caso de suposta invalidez em que a parte Autora alega ser vítima de acidente de veículo automotor, resultando assim invalidez permanente. Assim **na posse de todos os documentos** pleiteia em esfera judicial a complementação da indenização referente ao seguro DPVAT.

Ademais, a parte autora, instruiu sua exordial, sem refutar nenhum documento que possa corroborar com sua pretensão, pois deixa de demonstrar o percentual da invalidez que sustenta ser total, afrontando o disposto no art. 5º, § 5º da Lei 11.482/07.

Ocorre que o autor não apresentou LAUDO DO IML, o que só foi feito depois da propositura da ação, por determinação judicial.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.



Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

### Sua busca por placa: OEY0759 UF: PB CATEGORIA: 09\*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2011	R\$95,86	Quitado

(\*) Motocicleta

Voltar

Imprimir

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, n° 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

**OBSERVE QUE O VEÍCULO É DE PROPRIEDADE DO AUTOR E ENCONTRAVA-SE INADIMPLENTE COM O SEGURO DO EXERCÍCIO DE 2014, ANO QUE OCORREU O ACIDENTE, HAJA VISTA QUE O ÚNICO PAGAMENTO REALIZADO PARA O VEÍCULO EM QUESTÃO FOI REALIZADO PARA O EXERCÍCIO DE 2011.**

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.



É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74<sup>x</sup>, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.

Também não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.



ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

**Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO TINTO, 7 de agosto de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**OAB/PB 15477**



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2023 10:59:27  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080910592689400000072806672>  
Número do documento: 23080910592689400000072806672

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2023 10:59:27  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080910592689400000072806672>  
Número do documento: 23080910592689400000072806672