

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 pericidado 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 déficit 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:



Dr. Eduardo Roberto F. Tadeu  
Médico Especialista em Traumatologia  
CRM 101.109

*Eduardo Roberto F. Tadeu*

---

**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: INTERRUÇÃO 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



**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,





# 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>

# 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: 0.11 8866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Serevino 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: Serevino 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: PE 14 - CEP:  
15 - E-mail: - 16 - Tel (DDD): 8598370165

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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6 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)  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 (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, por Pessoa, 14.05.2021

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

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 CADASTRAS 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 GALÃO DO TRIUNFO 9 - Número: 1233 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIO TINTO 13 - Estado: PARANÁ 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 POUPANÇA (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 6 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.

Para melhor assinalar o ato de 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 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 o caso o acordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 (se houver)?  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 estar em condições de receber a indenização, 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, Joad Passos 29/08/21  
+ Severino Francisco da Silva  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



J

Natureza: acidente de trânsito

## Certidão nº 2.576/2014

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

Mamanguape, 21 de novembro de 2014.

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

Notificante: Severino Francisco da Silva



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

12  
20

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.

Fredérico Figueredo Brito da Silva  
APC  
Mat. 158.567-2

Notificante: Severino Francisco da Silva

# 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: 0.11 8866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Serevino 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: Serevino 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: PE 14 - CEP:  
15 - E-mail: - 16 - Tel (DDD): 8598370165

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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6 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)  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 (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, por Pessoa, 14.05.2021

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

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 AR: \_\_\_\_\_ 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: **MONTADOR** 8 - Endereço: **RUA SALÃO DO TRIUNFO** 9 - Número: **1233** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **RIO TINTO** 13 - Estado: **PARANÁ** 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itiú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **0044**  CONTA: **91055**  **6** AGÊNCIA:   CONTA:    
(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.  
 Autorizo, ao assinar aqui, 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 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 o caso a qualquer momento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 (a) (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 presente 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

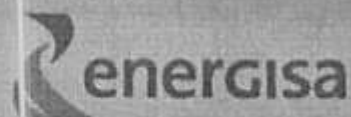
40 - Local e Data: **Joaquim Passos 29/08/21**  
**+ Severino Francisco da Silva**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

SOLANGE TEIXEIRA DA SILVA  
RUA BR DO TRIUNFO, 1232 - CENTRO  
RIO TITO / PB CEP: 56207000 (RD-14)

CPF/CNPJ/INSC: 069.517.134-80

Grupo: MTC - CONVENCIONAL BANDA T / Subgrupo: B1  
Classe: RESIDENCIAL / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Potência: 9 - 250 - 15 - 220V - Nº Medida: 00001305102



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

148kWh

4,93 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DO PARANÁ

Rua Fallclano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANELISABETH R DE SOUSA

RU A BR TRIUNFO, 1233 - CENTRO RIO TINTO PB

58297-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economia			
		Residencial	Comercial	Industrial	PUB
009.001.015.0068.000	000	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação A		
Y098705136	16/04/2010	EXT LACH	LIGADO		



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 Lira		Registro: 775890	
Idade: 775890	Sexo: Mns	Cor:	Clinica: Enf: Leito:
Data de admissão: 18.08.2014		Data da alta: 22.08.2014	
Diagnóstico inicial: TEE		L.06	
Diagnóstico final: Fratura montante			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: TC encefalo: sem coleção			
Cirurgia realizada - data e equipe: não realizado neurocirurgias			
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 caferese		Academia avaliação da Ontopetra	
sem défret nista		x / Fratura de clavícula (D)	
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: Diprovera 100mg VO 6/6h se dor			
Dolofenaco 100mg 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.			

Dra. THAISE AGRA VENEIRA  
NEUROCIRURGIJA  
CRM 5287



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <b>JEVERINO FRAZÃO DA SILVA</b>		Registro: <b>DA SILVA</b>			
Idade:	Sexo: <b>MASC</b>	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <b>18/08/14</b>			Data da alta: <b>28/08/14</b>		
Diagnóstico inicial:					
Diagnóstico final: <b>FRATURA DO CLAVÍCULO D.</b>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <b>TRAT - cirúrgico - no posto (temporário)</b>					
Terapêutica medicamentosa: <b>06/08/14</b>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Coleta de material: sim ( ) não ( <input checked="" type="checkbox"/> )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <b>paciente foi operado</b>					
Dieta: <b>líquido</b>					
Reposo: relativo em casa por, <b>30</b> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <b>60</b> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <b>90</b> dias e com maior em <b>120</b> 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: <b>CEFRALOXINA-500g</b>					
Retorno: Ao posto de saúde em <b>17/09</b> para retirada de ponto Dr. <b>Wagner Silva - Lincard</b>					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão. <b>CRM 4714 TEOT 6115</b>					
João Pessoa: <b>28</b> de <b>08</b> de <b>14</b> Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Exibido em

PARA FINS DE CONCILIAÇÃO  
(Art. 31º da Lei 11.946 de 4/8/2009 que altera a Lei 11.184 de 14/12/199)

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  
21

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 compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº 0002568-84.2015.8.15.2001 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, 22/03/2015

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA  
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

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

Sim  Não  Prejudicado

Se prosseguir em caso de resposta afirmativa,

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Sist. Neurológico + MSD.

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

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

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluir do medidas de reabilitação?

Sim  Não

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

Dados de base Auguste  
(Severino) 14731  
11/08/14

APRILIA  
JAB 11/08/14

*[Handwritten signature]*  
19.731  
019/09

VAP  
19.731  
OAB 11968

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

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

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.  
Limite, esguecimento, limitação de movimentos  
de M.S.D.

VI) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-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, lavar NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VII) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 lavar promover a qualificação de(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(s) a tratamento como sendo gerado(s) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua 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 Neurológico</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>M.S.D.</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:  
Após Pessoa 22.03.16

Assinatura do médico - CRM

*[Handwritten signature]*  
Fátima Tereza Costa  
Médico Legista  
CRM 132670  
1507 6133 BR



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 775.890  
Nº PRONTUÁRIO 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 contusão discreta bilateral + escoriação em membro superior D e inferiores. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

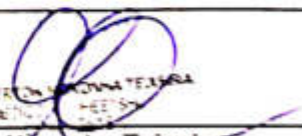
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

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

10229 ESQ



10cm

Escala: 0.0  
INTERCLIM

14cm

JOELHO  
AP

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

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021



8cm

OMBRO  
OBLIQUO

Escaneado  
INTERWIN

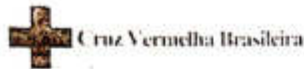
SEVERINO FRANCISCO DA SILVA,,  
Sex: Masc.  
Data de nascimento: 20/02/1982  
ID: 10229

Data de aquis.: 07/07/2021

10229 DIR



OMERIO  
AP



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
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 Prontuário 82786
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO		
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	Bairro 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	Data do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Ralo x []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			CID
			Tempo 04min 35seg

Imprimir

*Handwritten signature*



Laudo Médico / Resumo de Alta



14

Nome: <u>JOVEIRAS FRANCISCO DA SILVA</u>		Registro:
Idade:	Sexo: <u>MASC</u>	Cor:
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 - Cirurgião - Dr. João Humberto Lucena</u>		
Terapêutica medicamentosa: <u>08/08/14</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>Atende por 2 semanas</u>		
<u>de tratamento</u>		
Dieta: <u>líquida</u>		
Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por <u>30</u> dias		
retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias		
retorno às atividades com esforço físico leve, <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>CLAVICINA-500</u> + <u>CASAPLUS-50</u>		
Retorno: Ao posto de saúde em <u>ATOP</u> para retirada de ponto		
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.		
João Pessoa, <u>28</u> de <u>08</u> de <u>14</u>		
Ass. Médico CRM		
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		



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



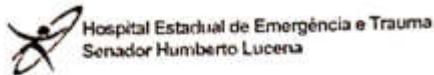
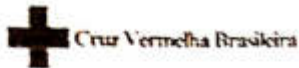
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



12  
24

Nome: Severino Francisco Lima		Registro: 775890	
Idade: 775890	Sexo: Mas	Cor:	Leito:
Data de admissão: 18.08.2014		Clinica:	Enf: /
		Data da alta: 22.08.2014	
Diagnóstico inicial: TEE		f.06	
Diagnóstico final: Fratura múltipla			
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: Acorda após 15 min de anestesia da Otopneumotórax p/ Fratura de clavícula (n)			
Dieta: Livre		Orientações Pós Alta	
Reposo: 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: Difenidramina 10mg VO 6/6h se dor Drolofenaco 50mg 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.			





Av. Crestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

**Boletim de Atendimento Emergencial: 775890**

Identificação do paciente						
C 774548	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	Prontuário		
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) MAGNOLIA OLIVEIRA - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 53	Fone Móvel 93053701	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
E-mail 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	Bairro 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						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendidos por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 04min 35seg

Imprimir

*Handwritten signature and date:*  
18 08 14





4751203 351 7/15/14  
 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE  
 DT: 08/02/2014 20:02:19  
 HOR: 08:00 (08:00)

RND: CLINICAL  
 N. S. - 2014  
 UNID. DE REGISTRO  
 FONE: ( )  
 CÉLULAR (03) 94053301  
 E-MAIL: 32  
 DT. ENTREGA: 14/09/2014 01:29:14



### Primeiro Atendimento Médico

#### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Suplemento vitamínico de aplicação de 100mg de Vit. A e 100mg de Vit. D3  
 100mg de Vit. E e 100mg de Vit. K1  
 de 100mg de Vit. B12 e 100mg de Vit. C  
 de 100mg de Vit. B6 e 100mg de Vit. B9*

**EXAME PRIMÁRIO**

VIAS AÉREAS:  Patentes  Obstruídas

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- RUIDOS

HTD:  Roncos  Sibilos  Estertores

HTE:  Roncos  Sibilos  Estertores

FR:  Não imp SaO<sub>2</sub>: *98* %

**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:  Normatonéticas  Hipofonéticas  Hipofonéticas  Ausente

SOPRO:  Presente  Ausente

BEQUIN:  Sim  Não

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

ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: *Abdomen palpável*

*ulceras ou ferimentos*

**DÉFICIT NEUROLÓGICO**

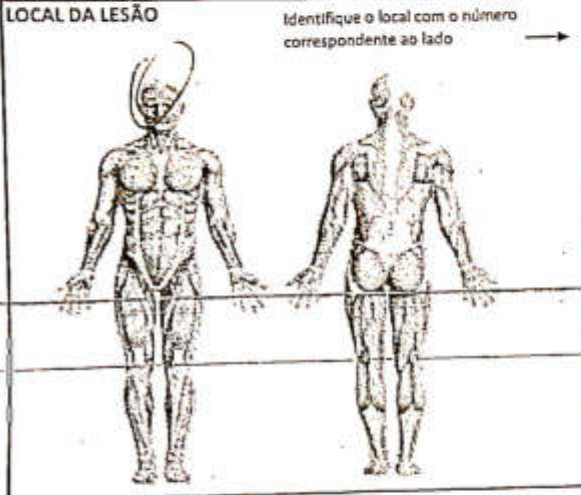
Pupilas:  Fotorreagente  Paralisadas  Isocóricas  Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

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>					

**EXAME SECUNDÁRIO**

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



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abração              | 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 Eflisma subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

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

EXAMES SOLICITADOS

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

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE

DATA \_\_\_\_\_ ( ) Centro cirúrgico  
 DA \_\_\_\_\_ ( ) Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_ ( ) Internado (setor) \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência  
 ( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) JML ( ) SVO

\_\_\_\_\_  
 ATURA/CARIMBO ASSIN

\_\_\_\_\_  
 ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL ASSIN



01:40 P.M.

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 18/08/14	ID da Ocorrência: 409997	USUB: <input checked="" type="checkbox"/> USA	Plantão: <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: 329	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: _____
Cidade: MAMANGUAPE				Estado: PB	Médico Regulador: DR. DARIO	
Logradouro: 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"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTAN <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 Soares Cirurgião Geral CRM 8181		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: TRAUMA > 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: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.S. <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: _____	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____
--	--

1. DADOS VITAIS  
 P.A. 140x90 FC: 77bpm 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 embaço, agitado não cooperativo, encaminhado em T.M.II.

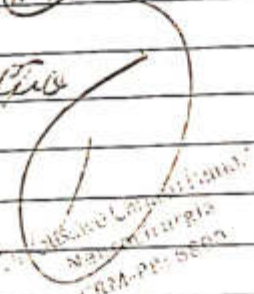

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.  
 Diagnósticos de Enfermagem: DM Aguda  
 Intervenções: SIVV + PROBEDO  
 Evolução do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA  
 PLASII + AP IFTI (DE FRANCENHO)

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Severino Francisco da Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<del>NCR</del>
18/08/14		<del>NCR</del> Exatidão OSSa temporal LH Glasgow (14) In familiar
		
19/8/14		<u>NCR</u>
		# TCE / Exatidão temporal LH (14)
		Tarefas realizadas sem intercorrências. Pega ataxia direita.
		→ Co. uscu = { • Obliqua 14 • Memória ativa de verbos • Inf. imunes - Estímulos
		→ ed = • Obliqua neurológica
		



# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20.08.14		N/D
21.08		<p>Exame de trânsito</p> <p>ECG: II</p> <p>Otorragia inativa</p> <p>Sot com ombros (D)</p> <p>Col: Rt ombros</p>
21/08/14	18.05	<p>Exame com transito</p> <p>Exame de trânsito</p> <p>Exame de trânsito</p> <p>Exame de trânsito</p> <p>Exame de trânsito</p>
28/08/14		<p>Exame bem e sem</p> <p>Exame bem, no</p> <p>Exame bem</p> <p>Exame bem e sem</p> <p>Exame bem e sem</p>

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

Dr. [Signature]  
CRM: 214701/0115  
Ortopedia Traumatologia



# 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 OMBRO DIREITO

Densidade radiográfica preservada das estruturas ósseas.

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

# INTERCLIM



*Sempre cuidando de você!*

CRM SP: 116.648

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 – centro, Mamanguape/PB

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

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

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

1/1

# 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



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZANTE

H. G. T. S. H. L.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Saverino Francisco da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

775890

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino  Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

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.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

alterar apenas p/ usar o modelo dor de placa.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

*H.E.T. S.H.L.*

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

*Silveira Francisco da Silva*

*775890*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Mas  1 Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

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.

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*CX 3,5 ortoplan  
01 placa DCP 07 furros  
06 par. corticais (02 n° 14) e (04 n° 16).  
01 agulha plexo. (25).*

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*Dr. Rício Kelton B. Gonçalves*  
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**MÉDICO**  
CRM 151124

*26/08/14*

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF



CL



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>Wesley 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 Vinício</i>		3º Assistente: <i>Dr. Bruno R1</i>		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo de Anestesia:		Hora início: Hora término:	

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

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

Acidente durante ato cirúrgico	Descreva:	
1º sim <input checked="" type="checkbox"/> 2º não <input checked="" type="checkbox"/>		
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

*Wesley Francisco da Silva*  
 Ass. do Médico / CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) Paciente em decúbito dorsal (cabeça de Pele) sob anestesia geral

Incisão:

(2) Anestesia + antiseptia + posição de membros operatórios

Achados:

(3) Lesões em pele, por placas crônicas (VLC + TC (ultrassom)) + lesão óssea sobre o clavículo

clavículo

(4) Repetida foto de fratura de clavículo (1)

Conduta:

(5) Lavagem + redução e fixação com placa DCP 3,5 de 7 furos com 6 parafusos articular

(6) Prova de estabilidade

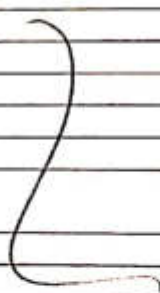
(7) Fechamento por planos anatômicos

(8) Curativos assépticos

(9) Mobilização em estágio

(10) Radiografia de controle

Fechamento:



Observação:

Data, João Pessoa 26 de 08 de 2014

Assinatura/carimbo

Dr. João A. Carneiro  
CRM 10.123  
2014





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.815.938 - 2 VIA Expedição 17/07/2017

NOME SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO FRANCISCO DA SILVA  
MARIA DO SOCORRO DA SILVA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PE

DATA DE NASCIMENTO 20/02/1982

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

054.878.444-29

Maria A. B. Lacerda  
MARIANA B. LACERDA

A +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-110

SAVIA SILVA  
SILVA SAVIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE




REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-110  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Severino Francisco da Silva*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

77

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.815.938 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2017

NOME SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO FRANCISCO DA SILVA  
 MARIA DO SOCORRO DA SILVA

NACIONALIDADE MAMANGUAPE - PB DATA DE NASCIMENTO 20/02/1982

DCC ORIGEM CASAM N. 5551 FLS. 84 LIV. B 8  
 CARTORIO MAMANGUAPE PB

054.878.444-29

*Marcus A. B. Lacot Jr*  
 Marcus A. B. Lacot Jr  
 Chefe do Núcleo de Identificação

A +



# 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



## Processo

Nº Processo: 0002688-84.2016.815.2001  
 Classe: PROCEDIMENTO SUMARIO  
 Status: BARRADO  
 Localizador: ALVARA EXPECA-SE ARMARIO

Vara: 3A. VARA CIVIL DE JOAO PESSOA  
 Distribuição: 03/02/2015  
 Valor Ação: R\$13.500,00

## Assuntos:

SEGURO ACIDENTE DE TRANSITO

## Movimentações:

	Data e	Descrição e
1	28/05/2020	INICIADO PROCEDIMENTO DE MIGRAÇÃO PARA O PJE 28/05/2020 10:13 TJEJP22
2	28/05/2020	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 28/05/2020 NF 205/2
3	28/05/2020	ATO ORDINATORIO PRATICADO 28/05/2020 MIGRAÇÃO 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 PETIÇÃO PETIÇÃO (OUTRAS) 15/02/2019 P012715192001 12:15:27 BRADESC
9	04/02/2019	PROTOCOLIZADA PETIÇÃO PETIÇÃO (OUTRAS) 04/02/2019 P002715192001 12:17:02 BRADESC
10	12/12/2018	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 12/12/2018
11	10/12/2018	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 10/12/2018
12	10/12/2018	EXPEDIÇÃO 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	08/08/2017	JUNTADA DE PETIÇÃO CONTRARRAZÕES C9/DA 2017 P043283172001 14:50:14 BRADESC
19	01/08/2017	PROTOCOLIZADA PETIÇÃO CONTRARRAZÕES 01/08/2017 P046283172001 14:38:55 BRADESC
20	06/07/2017	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 06/07/2017
21	04/07/2017	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 04/07/2017
22	04/07/2017	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 04/07/2017 NF 88/17
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 CONTRARRAZÕES
25	03/08/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 03/08/2016
26	03/08/2016	JUNTADA DE PETIÇÃO APELAÇÃO 03/08/2016 P044508162001 08:53:33 SEVERIN
27	03/08/2016	JUNTADA DE PETIÇÃO PETIÇÃO (OUTRAS) 03/08/2016 P021643162001 08:53:33 BRADESC
28	03/08/2016	JUNTADA DE MANDADO 03/08/2016 D012100161001 08:53:33 002
29	02/08/2016	PROTOCOLIZADA PETIÇÃO APELAÇÃO 02/08/2016 P044508162001 18:31:14 SEVERIN
30	12/05/2016	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 11/05/2016 NF 42/16 PUBLICADA
31	08/05/2016	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 NF 42/16 EXPEDIDA
32	08/05/2016	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 NF 42/16
33	09/05/2016	SÉM RESOLUÇÃO DE MÉRITO 09/05/2016 SENT. 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 PERÍCIA REALIZADA
36	21/03/2016	PROTOCOLIZADA PETIÇÃO PETIÇÃO (OUTRAS) 21/03/2016 P021643162001 13:56:20 BRADESC
37	02/03/2016	DISPONIBILIZADO NO DJ ELETRONICO 02/03/2016
38	28/02/2016	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO CARTA DE INTIMAÇÃO 28/02/2016
39	28/02/2016	ATO ORDINATORIO PRATICADO 28/02/2016 PERÍCIA DESIGNADA 22/03/16 09H
40	26/02/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 26/02/2016
41	26/02/2016	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO MANDADO 26/02/2016 BRADESCO SEGUROS S/A
42	26/02/2016	EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 26/02/2016 NF 13/16
43	11/02/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 11/02/2016
44	11/02/2016	JUNTADA DE PETIÇÃO IMPUGNAÇÃO 11/02/2016 P005200162001 17:38:46 SEVERIN
45	01/02/2016	PROTOCOLIZADA PETIÇÃO IMPUGNAÇÃO 01/02/2016 P005200182001 14:13:42 SEVERIN
46	01/09/2015	JUNTADA DE PETIÇÃO CONTESTAÇÃO 01/09/2015 P060143152001 18:58:23 BRADESC
47	01/09/2015	JUNTADA DE MANDADO 01/09/2015 0071134152001 16:08:23 001

Movimentações:		
	Data e	Descrição e
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
48	07/08/2015	PROTOCOLIZADA PETICAO CONTESTACAO 07-08/2015 P160143152001 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 TJEJP105

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

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

## Assuntos:

ACIDENTE DE TRANSITO.

## Partes:

Id	Nome da Parte e
1	Apelante SEVERINO FRANCISCO DA SILVA
2	Advogado ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COELHO
3	Apelado BRADESCO SEGUROS S/A
4	Advogado ROSTAND INACIO DOS SANTOS

## Movimentações:

Id	Data e	Descrição e
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	25/09/2017	CONCLUSOS PARA DESPACHO
13	25/09/2017	RECEBIDOS OS AUTOS ESCRIVANIA DA 2ª CÂMARA CIVEL
14	11/09/2017	AUTOS ENTREGUES EM CARGA/VISTA 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 TJE5003

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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO FRANSO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 38/10/2014 CPF DA VÍTIMA 054.878.444-29  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BARÃO DO TRIUNFO  
 Nº 1233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro  
 CIDADE RIO TINTO UF PAU34 CEP 58.297.000  
 TELEFONE (83) 98651-8367  
 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 0 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 LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) 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.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/08/2014  
 IDENTIDADE RG. 2.835.938-5505/AB  
 ASSINATURA Severino Franso da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
 DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



**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 Sílvio 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 incoerência 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**

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

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

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

Contrarrazões às fls. 99/103.

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

É o relatório.

– VOTO – Tércio Chaves de Moura (Relator).

O recurso deve ser desprovido.

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

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. DIREITO CIVIL. CONTRATO DE SEGURO. DPVAT. RECURSO EXTRAORDINÁRIO QUE NÃO ATACA TODOS OS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SUM. 283/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL. 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

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

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

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

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/09/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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

# 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 OSTEOSSÍNTESE. ALTA.  
P 6/7/20/21\*/22/23\*/

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# 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 OSTEOSSÍNTESE. ALTA.  
P 6/7/20/21\*/22/23\*/

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<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