



Número: **0801130-69.2021.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/10/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| SEVERINO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR) | GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| PERITO registrado(a) civilmente como HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 73616811 | 22/05/2023 11:43 | Petição | Petição |
| 73616814 | 22/05/2023 11:43 | 2851582_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02 | Outros Documentos |
| 73616817 | 22/05/2023 11:43 | 2851582_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3210213306](#)

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

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

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

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

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

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

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

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

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

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

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

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

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[Apresenta relato de zumbido de ouvido direito com perda parcial da audição, apresenta hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e 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:



A photograph of a handwritten signature in blue ink on a white document. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Suelio Moreira T. Torres'. Above the signature, there is a small, faint stamp or text that is partially obscured but seems to contain the name 'Suelio Moreira T. Torres' and the title 'Especialista em Traumatologia'.





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210213306

Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: 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

Pag. 00817/00818 - carta_02 - INVALIDEZ

00020409



Carta nº 17033396





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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210213306

Vítima: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.025,00 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 50%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000091055-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000091055-6

Nr. da Autenticação 9FEB36733D4BABC6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0118866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Severino Francisco da Silva

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

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

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde 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.

Por meio desta declaração, autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civ.) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição estando presente a nota de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com Cam





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

J

Natureza: acidente de trânsito

Certidão nº 2.576/2014

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

Mamanguape, 21 de novembro de 2014.

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

Notificante: Severino Francisco da Silva





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

J
12
70

Natureza: acidente de trânsito

Certidão nº 2.576/2014

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

Mamanguape, 21 de novembro de 2014.

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

Notificante: Severino Francisco da Silva

Digitalizado com Cam



PÉDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0118866/21 3 - CPF da vítima: 054878444-29 4 - Nome completo da vítima: Severino Francisco da Silva

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

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

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 6
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 91055 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo e dando desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio do assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada concordando desde já em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 10474, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso o ocorrido ao seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nã nasce)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição estando perante a nós de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


Digitalizado com Cam



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

CPF/CNPJ/INSC: 069.517.134-80

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

 **energisa**



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/581993-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00005819933



VALOR DA FATURA

R\$ 135,97



VENCIMENTO

22/04/2021



REFERÊNCIA

Abr / 2021



CONSUMO

148kWh

4,93 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS





CAGEPA

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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

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

Digitizado com Cam





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



| | | | |
|---|-----------|--------------------------|----------------------|
| Nome: Severino Francisco Silva | | Registro: 775890 | |
| Idade: 775890 | Sexo: Mns | Cor: | Clinica: Enf: Leito: |
| Data de admissão: 18.08.2014 | | Data da alta: 22.08.2014 | |
| Diagnóstico inicial: TCE | | S.06 | |
| Diagnóstico final: Fratura montante | | | |
| Outros diagnósticos: | | | |
| Principais exames: TC crânio: sem lesão | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: não realizado neurocirurgia | | | |
| Terapêutica medicamentosa: sintomáticos | | | |
| Anatomia patológica: | | | |
| Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não () | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | |
| Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: ECG: I, II, III / φ cefálica sem déficite motor Acorda a galinha da Ontopetra Fratura de clavícula | | | |
| Dieta: Livre | | Orientações Pós Alta | |
| Repouso: relativo em casa por, 07 dias. (sete) retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias. | | | |
| Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | |
| Medicações para casa: Difenidramina 10mg VO 6/6h se dor Paracetamol 500mg VO 8/8h | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório em 30 dias para revisão. | | | |
| João Pessoa: 22 de 08 de 14 | | Ass. Médico / CRM | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |

Dr. THAISE AGUIAR FERREIRA
NEUROCIRURGEA
CRM 5247





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | |
|--|-------------------|-------------------------------|--|
| Nome: <u>SEVERINO FERNANDES DA SILVA</u> | | Registro: <u>DA SILVA</u> | |
| Idade: | Sexo: <u>MASC</u> | Cor: | Clinica: <input type="checkbox"/> Enf: <input type="checkbox"/> Leito: |
| Data de admissão: <u>18/08/14</u> | | Data da alta: <u>28/08/14</u> | |
| Diagnóstico inicial: | | | |
| Diagnóstico final: <u>FRATURA DO CLAVICULA D</u> | | | |
| Outros diagnósticos: | | | |
| Principais exames: | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: | | | |
| <u>FRAT - CLAVICULA - DR. JOAO HUMBERTO</u> | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>26/08/14</u> | | | |
| Anatomia patológica: | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | |
| Resultado bacteriológico: | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: | | | |
| <u>paciente foi operado</u> | | | |
| <u>depois de 3 dias</u> | | | |
| <u>orientações pós alta</u> | | | |
| Dieta: <u>líquida</u> | | | |
| Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>60</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u>60</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>120</u> dias. | | | |
| 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>CIBROXOLINA-500g</u> | | | |
| <u>CAMPIDOL-50g</u> | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em <u>ATOP</u> para retirada de ponto. Dr. <u>Milton da Silva Linhares</u> | | | |
| Ao ambulatório em 30 dias para revisão. CRM <u>4714 TEOT 6115</u> | | | |
| João Pessoa: <u>28</u> de <u>08</u> de <u>14</u> Ass. Médico/CRM <u>Ortopedia Traumatologia</u> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |



DISINDULIDO em

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

BANCA

Manhã Tarde

Nome completo: SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 054.878.444-39

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

75
20

Informações do acidente

Local: NA ESTRADA DE ITAPORORICA - PB

Data do Acidente: 18/08/2014

Concordância com a realização da avaliação médica

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

João Pessoa/PB, 20/03/2015

SUELIO MOREIRA TORRES
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

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

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

ii) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Sist. Neurológico + MSD.

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

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

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

Sim Não

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

Diário de Luiz Augusto
(SUELIO MOREIRA TORRES)
11/08/14

UAB 11/08/14



18731
019/19

VAB
OAB 11968

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

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

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

Queda esgueiramente, limitação de movimentos
na ASD

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

- a) Sim, em que prazo:
- b) Não

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

VI) Segundo a previsão na Lei 11.948 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação de(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o eixo constante à Lei 11.941/09, 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) um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo a previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.941/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

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

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

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

Assinatura do médico - CRM
[Assinatura]
Suelio Moreira Torres
CRM 11968





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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


EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do ombro D - AP

TRATAMENTO:

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

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


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Digitalizado com Cam



Data de aquis.: 07/07/2021

10cm

Escala: 0.0
INTERCLIM



14cm

10229 ESQ

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



JOELHO
AP

Digitizado com Cam



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

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021

0cm

ESCALADO
INTERVALUM

12cm

OMERO
OBLIQUO

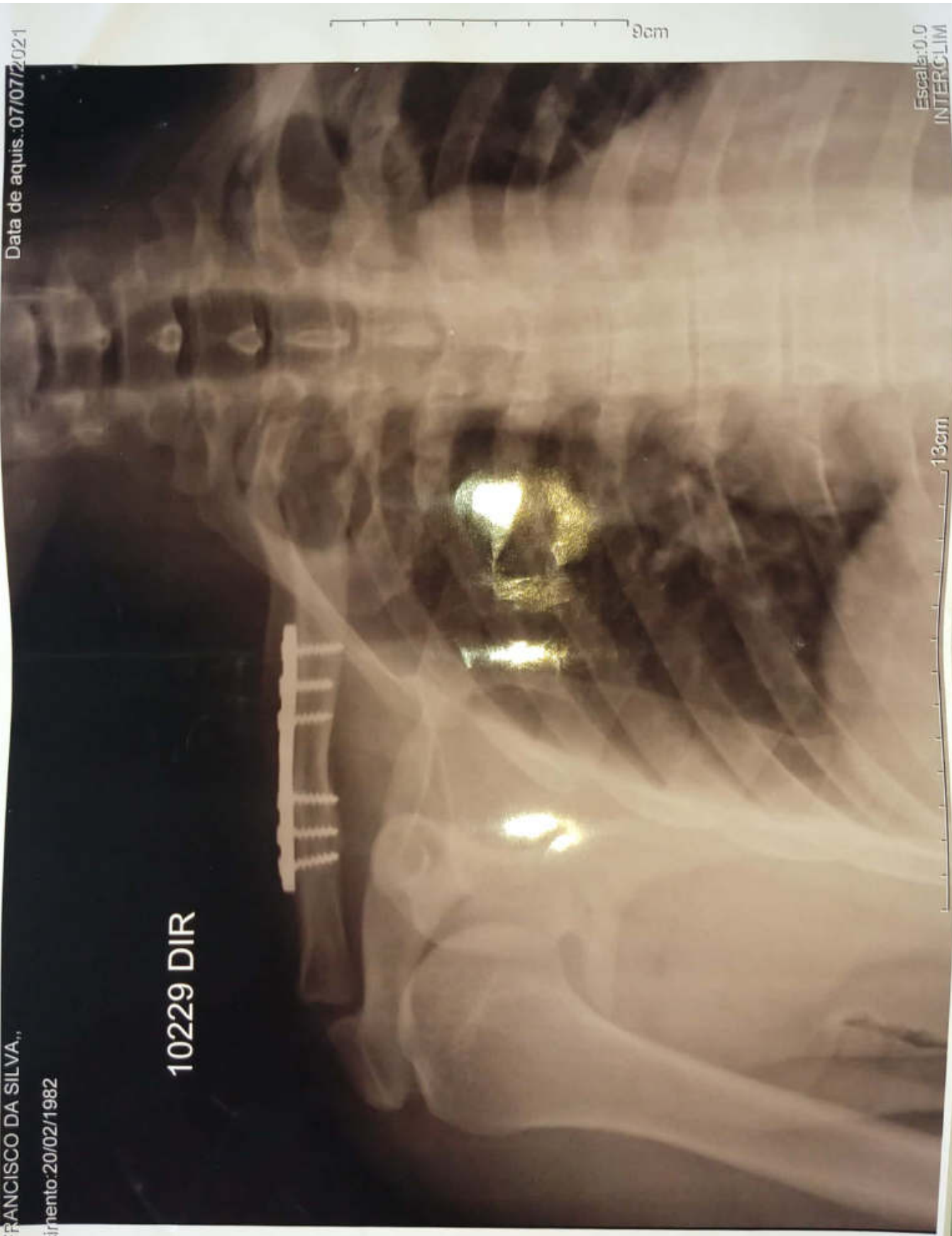
Digitizado com Cam



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

10229 DIR

Data de aquis.: 07/07/2021

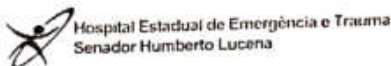
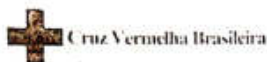


Escala: 0.0
INTERCLIM

OMERO
AP

Digitalizado com Cam





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

Boletim de Atendimento Emergencial: 775890

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

Imprimir

Handwritten signature

Digitalizado com Cam





Laudo Médico / Resumo de Alta



11/24

| | | | | | |
|---|-------------------|------|-------------------------------|------|--------|
| Nome: <u>JUZELINO FERNANDES DA SILVA</u> | | | | | |
| Idade: | Sexo: <u>MASC</u> | Cor: | Clinica: | Ent: | Leito: |
| Data de admissão: <u>18/08/14</u> | | | Data da alta: <u>28/08/14</u> | | |
| Diagnóstico inicial: | | | | | |
| Diagnóstico final: <u>FRATURA DO CLAVICULA D</u> | | | | | |
| Outros diagnósticos: | | | | | |
| Principais exames: | | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: | | | | | |
| <u>TRAT - Cirurgia - no posto (Hemipost)</u> | | | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>06/09/14</u> | | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta da material: sim () não () | | | | | |
| Resultado bacteriológico: | | | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | | | |
| Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações. | | | | | |
| <u>paciente foi operado e estabilizado</u> | | | | | |
| Dieta: <u>líquida</u> Orientações Pós Alta | | | | | |
| Repouso: relativo em casa por <u>30</u> dias, retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias, retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com maior em <u>120</u> dias. | | | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | | | |
| Medicações para casa: <u>CEZAROLINA-500 + CASAPROVA-50</u> | | | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em <u>ATOP</u> para retirada de ponto em 30 dias para revisão. | | | | | |
| João Pessoa, <u>28</u> de <u>08</u> de <u>14</u> Ass. Médico/CRM | | | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |



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

Num. 31243656 - Pág: 01

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:43:30
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211432926300000069389880
Número do documento: 23052211432926300000069389880



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



| | | | | | |
|--|-----------|------|--------------------------|------|--------|
| Nome: Severino Francisco Silva | | | Registro: 775890 | | |
| Idade: 77 anos | Sexo: Mas | Cor: | Clinica: | Enf: | Leito: |
| Data de admissão: 18.08.2014 | | | Data da alta: 22.08.2014 | | |
| Diagnóstico inicial: TCE | | | f.06 | | |
| Diagnóstico final: Fratura montante | | | | | |
| Outros diagnósticos: | | | | | |
| Principais exames: TC crânio: sem lesões | | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: não realizado neurocirurgião | | | | | |
| Terapêutica medicamentosa: sintomáticos | | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | | |
| Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não () | | | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | | | |
| Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: ECG: II L e afásico / Acorda a partir da Ontopedia / tem deficit motor / Fratura de clavícula | | | | | |
| Dieta: livre | | | Orientações Pós Alta | | |
| Repouso: relativo em casa por 07 dias (sete) / retorno às atividades sem esforço físico em ___ dias / retorno às atividades com esforço físico leve, ___ dias e com maior em, ___ dias. | | | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena | | | | | |
| Medicações para casa: D. paracetamol 1000mg VO 6/6h se dor / D. clonazepam 0,5mg VO 8/8h | | | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em ___ para retirada de ponto. / Ao ambulatório em 30 dias para revisão. | | | | | |
| João Pessoa: 22 de 08 de 14 | | | | | |
| Ass. Médico / CRM | | | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |



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

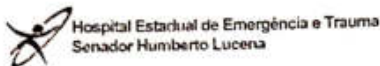
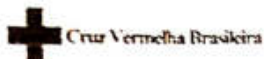
Num. 31243656 - Pág. 10

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:43:30
<https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211432926300000069389880>
 Número do documento: 23052211432926300000069389880

Num. 73616814 - Pág. 25



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

imprimir

18 08 14
245-11

18/08/2014 01:49

Digitalizado com Cam



Dr. Eduardo Jorge Dore Soares

Dr. Eduardo Jorge Dore Soares
Cirurgia Geral
CRM 6181

CRMF # (38105114 - 03.05)

Problema clínico de ecclite unilateral
na data 37/05/14, comanda em forma de
fases. No momento, direito, ovalado, sup-
ventoso. No momento, direito, ovalado, sup-
ventoso, comutiva, hinchada, ruborizado, no xer-
no, frouxo, comutiva a patossigeto, apresen-
ta-se direita otomgia esquerda lateral.
As vezes frouxo apresenta contornos ceros,
protrusos, base chutano humil, e oclum estival.
De vez de vez - qual impetura de frouxo
de temporal (D).
CD: Ex. clíno + Ex. sup- + Antis CRMF +
sus condutas de Neurocirurgia.

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

18.08.14
03:03h

Nouka

TEE
GND - Tuto
Clínico (14)

Colheita de
Te Cãnis frouxo

tempore direita
Conduta: IN MANEJA
NISA





Primeiro Atendimento Médico



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

RHO - CURRAL INHO
N. S/N - ZONA URBANA
SUITE DE RESIDUÁRIOS
POUR: ()
CELULAR (11) 91053101
IDADE: 32 anos
DT: REGISTRO - 14/09/2014 01 19 14

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

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

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Importante vítima de acidente de moto, após colisão frontal com poste de iluminação pública. Ferimentos por impacto direto na região abdominal. Sem perda de consciência. Sem dificuldade respiratória. Sem dificuldade de deglutição. Sem alteração de nível de consciência. Sem alteração de pupilas. Sem alteração de reflexos. Sem alteração de força motora. Sem alteração de sensibilidade. Sem alteração de tônus muscular. Sem alteração de reflexos de aquilão. Sem alteração de reflexos de Babinski. Sem alteração de reflexos de Hoffmann. Sem alteração de reflexos de Hoffmann. Sem alteração de reflexos de Hoffmann.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Libéreas Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO: Mecânica Apnéia

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade Com dificuldade

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: Presente e normal Rude Diminuído Ausente

HTE: Presente e normal Rude Diminuído Ausente

2 - RUIDOS

HTD: Riscos Sibilos Estertores

HTE: Riscos Sibilos Estertores

FR: 20 imp SaO₂: 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: Normotónicas Hipotónicas Hipofónicas Ausente

SOPRO: Presente Ausente

BEQUIN: Sim Não

FC: 70 bpm PA: 120 x 80 mmHg T: 36.5 °C

ECG:

ABDOMEN: Abdomen positivo, doloroso em hipogastros e em umbilical. Sem ruídos intestinais.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocóricas Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

| ABERTURA OCULAR | MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos) | MELHOR RESPOSTA MOTORA |
|----------------------|--|---------------------------------|
| Esponânea | 4 | Obedece aos comandos |
| À solicitação verbal | 3 | Localiza a dor |
| Ao contínuo estímulo | 2 | Retira o Membro |
| Nenhuma | 1 | Flexão anormal (decorticação) |
| | | Extensão Anormal (decerebração) |
| | | Nenhuma |
| TOTAL: 15 | | |

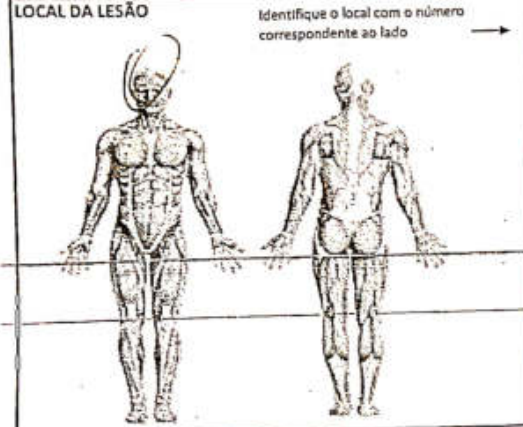
F(NG).CC.001-1

Digitalizado com Cam



EXAME SECUNDÁRIO

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



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

OBS.: _____

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

EXAMES SOLICITADOS

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

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|--------------------------|--------|----------------------|
| 1 <i>Exame físico</i> | | |
| 2 <i>Exame físico</i> | | |
| 3 <i>Exame físico</i> | | |
| 4 <i>Exame físico</i> | | |
| 5 <i>Exame físico</i> | | |
| 6 <i>Exame físico</i> | | |
| 7 <i>Exame físico</i> | | |
| 8 <i>Exame físico</i> | | |
| 9 <i>Exame físico</i> | | |
| 10 <i>Exame físico</i> | | |

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

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

 ATURA/CARIMBO ASSIN ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL ASSIN

F(NG).CC.001-1

Digitalizado com Cam





01:40 Km

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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

Dr. Eduardo Jorge Beral
Cirurgia Geral
CRM 8181

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1. DADOS VITAIS
PA: 140x90 FC: 71bpm FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S'O2: 95% SpO2 - C'O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Dor abdominal, epistaxe, 2 episódio de vômito, sinais de em. meagres, agitado não cooperativo, encorruado em t.m. II.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Diagnósticos de Enfermagem: DM Aguda

Intervenções: SIVV + PROBEDO

Evolução do Enfermeiro: _____

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

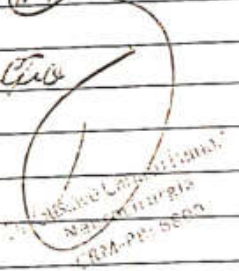

PLASIL + Ap. (EV) (DE FRANCIELINO)



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

SUELIM O FRANCISCA DA SILVA

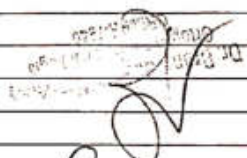
| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|----------|------|--|
| | | NCR |
| 18/08/14 | | NCR Exame OSA temporal de Gibson (14) Inferior |
| | |  |
| 19/8/14 | | <u>NCR</u> |
| | | # ICE / Exame temporal linear (14) |
| | | Tamam evoluindo sem intercorrências. |
| | | Pega atenuada direita. |
| | | → Ao exame = { • Otorrquia 14 • hemorragia ativa de nariz • Infecção sinusite - otomíngia |
| | | → ed = • otite meningocócica |
| | |  |

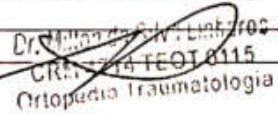


EVOLUÇÃO DO PACIENTE

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|----------|-------|--|
| 20.08.14 | | N/D |
| 21.08.14 | 15 | <p>Acidente de trânsito</p> <p>ECG: II</p> <p>otorragia intrac</p> <p>dos dois ombros (D)</p> <p>Col: R+ ombro D</p> |
| 21/08/14 | 18.05 | <p>Acidente com ferimentos</p> <p>otorragia intrac</p> <p>dos dois ombros</p> <p>Col: R+ ombro D</p> |
| 28/08/14 | | <p>Acidente com ferimentos</p> <p>otorragia intrac</p> <p>dos dois ombros</p> <p>Col: R+ ombro D</p> |


DR. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM: 214 TEOT 0115
Ortopedia Traumatologia


DR. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM: 214 TEOT 0115
Ortopedia Traumatologia


DR. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM: 214 TEOT 0115
Ortopedia Traumatologia



INTERCLIM

Sempre cuidando de você

Paciente: Severino Francisco Da Silva

Data Nasc: 20/02/1982

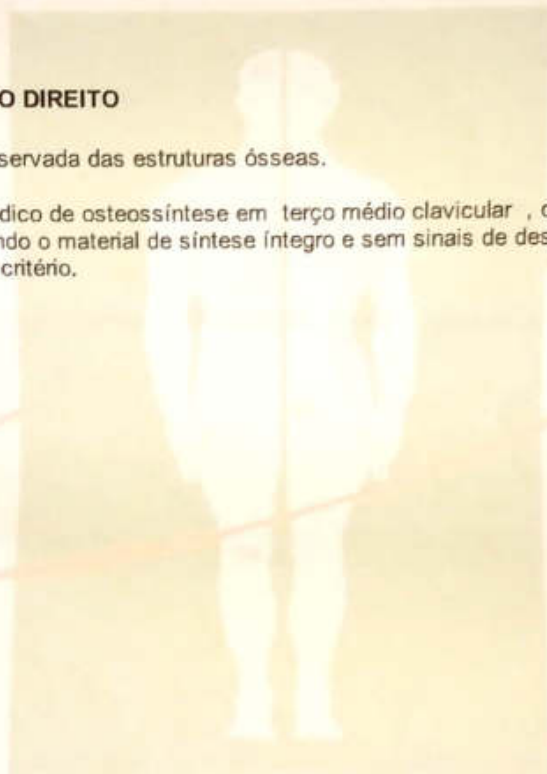
Data Exame: 07/07/2021 12:39

Sexo: Masculino

RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO

Densidade radiográfica preservada das estruturas ósseas.

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



INTERCLIM

Sempre cuidando de você!
CRM SP: 116.648

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 – centro, Mamanguape/PB

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

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

1/1

Digitalizado com Cam



INTERCLIM

Sempre cuidando de Você

Paciente: Severino Francisco Da Silva

Data Nasc: 20/02/1982

Data Exame: 07/07/2021 12:39

Sexo: Masculino

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Densidade radiográfica preservada das estruturas ósseas.

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

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

INTERCLIM



Sempre cuidando de Você

CRM SP: 116.648

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 – centro, Mamanguape/PB

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

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


1/1

Digitalizado com Cam



| | | | | |
|---|------------------------|---------------------|---|-----------|
| | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <small>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</small> | | | 2 - CNES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H. G. T. S. H. L. | | | 4 - CNES | |
| 5 - NOME DO PACIENTE Saverino Francisco da Silva | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 775890 | |
| 7 - QUANTIDADE NACIONAL DE SAÚDE (QNS) | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | | 9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 3 | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | 14 - CDD - RIBE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | | 19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | | 21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | 27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/> | | | | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE | |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE | |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO abster 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 - CDD ÓRGÃO EMISSOR | |
| 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: <u>A.E.T. S.H.S.</u> 4 - CNES: _____ | | | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Silveira Francisco da Silva</u> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>775890</u> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 15 - UF: _____ 16 - CEP: _____ 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____ | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____ 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____ 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____ 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____ 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ 23 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____ | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III | | | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 31 - QTDE: _____ 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 34 - QTDE: _____ 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 37 - QTDE: _____ | | | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| <p><u>CX 3,5 ontoplan</u> <u>01 placa DCP 07 furos</u> <u>06 par. corticais (02 m = 14) e (04 m = 16).</u> <u>01 agulha plexo. (25).</u></p> | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>26/08/14</u> 41 - DOCUMENTO: _____ 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Brício Kelton B. Gonçalves Médico CRM 14788 | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 45 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____ 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 47 - DOCUMENTO: _____ 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ | | | |

Digitizado com Cam





Handwritten initials 'CF'



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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

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

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

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

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

26/08/14
 João Pessoa - Data

Suelio Francisco da Silva
 Ass. do Médico / CRM

Digitalizado com Cam



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) Paciente em decúbito dorsal (cabeça da Paciente) sobre
tábua ginecol

Incisão:

(2) Anestesia + antiseptia + preparo do campo
operatório

Achados:

clavícula

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

Conduta:

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

(6) Mordida de hemostase

(7) Repósito por pontos anatômicos

(8) Curativo estéril

(9) Imobilização em gesso

(10) Medicação de controle

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa 26 de 08 de 2014

Assinatura/carimbo

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 10.123


Digitalizado com Cam



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

108

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

GOVERNO DO ESTADO DA
 PARAIBA CHEFEIA DE
 ESTADO DA SAÚDE

 HOSPITAL ESTADUAL DE
 EMERGÊNCIA E TRAUMA
 SENADOR HUMBERTO LUCENA

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

TOPOGRAFIA:

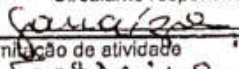
ÍNDICE DE RISCO DA CIRURGIA - CLASSIFICAÇÃO (American Society of Anesthesiologists-ASA):

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

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

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

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

Circulante responsável

Ferreira
452-321

Digitalizado com Cam





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

FIGHA DE ANESTESIA

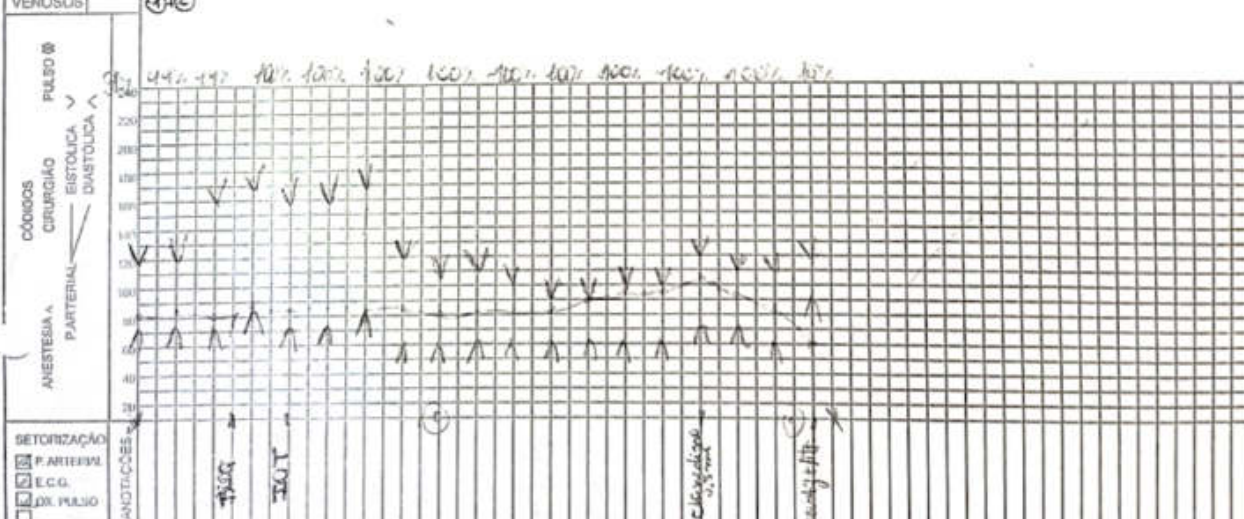
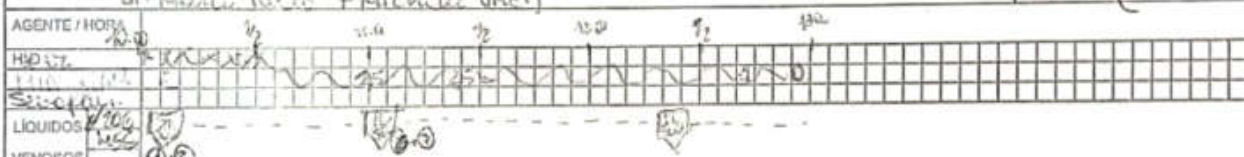
DATA: 20/05/2023 PACIENTE: Susanna Francisco da Silva SEXO: F COR: BR IDADE: 73 ANOS REGISTRO:
 HOSPITAL: CATEGORIA: ACOMODACAO: ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE:
 PRESSÃO ARTERIAL: 120/70 PULSO: 83 bpm RESPIRAÇÃO: eufórica TEMPERATURA: 36,2°C PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
 ESTADO GERAL: BOM REGULAR MAU PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR MAU PESSIMO

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

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

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

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



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

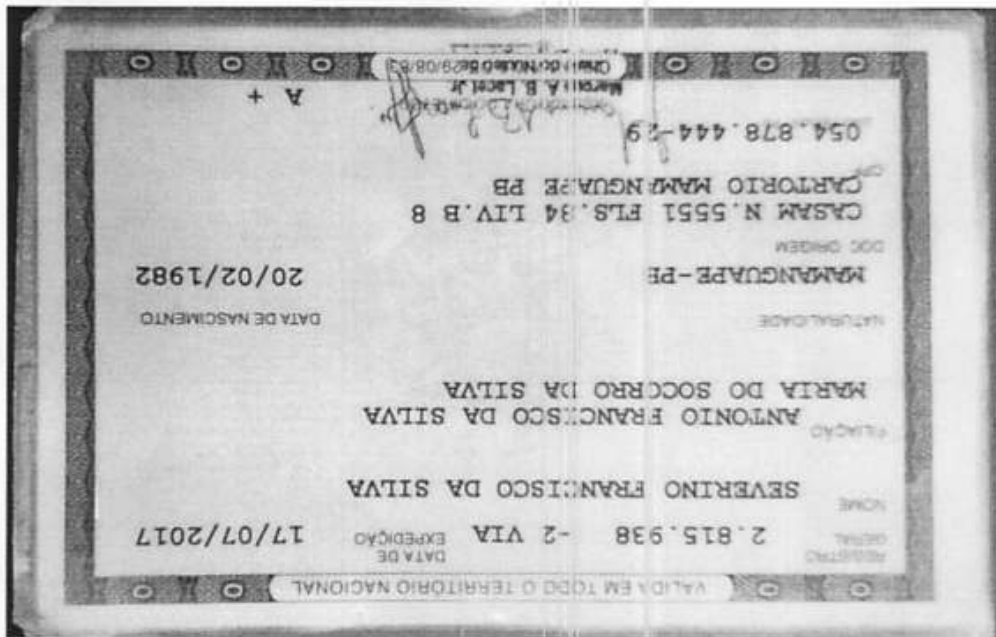
TECNICA:
 LÍQUIDOS: VOLUME EM ML: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

| | | |
|---------------------|--|---|
| GLICOSE | Cefazolina 2g | Cetoprofeno 400mg |
| NACL | Dexametasona 10mg | Dipirama 2g |
| SANGUE | Paracetamol - 0,1 FA | clonidina - 0,1 AMP |
| RINGER | Cisatracurium - 10 mg | Propofol - 0,4 FA |
| TOTAL | Fentanyl - 0,1 AMP | propofol - 0,4 AMP |
| DESTINO DO PACIENTE | Oncoxiatrone - 1gms UTI <input type="checkbox"/> | RESIDUO: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

ASSINATURA: Dr. Marcelo Távora CRM-PB 5986
 CPF: 073.903.157-15
 Dr. Marcelo Távora CRM-PB 5986
 Dr. Marcelo Távora CRM-PB 5986

Digitalizado com Cam







??



Digitalizado com Cam





Veículo



SEM REGISTRO OU ALERTA DE ROUBO/FURTO

PB - Rio Tinto

OEY-0759

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
KS

Ano do Modelo 2012

Ano de Fabricação 2011

Cor Vermelha

Cidade/Estado Rio Tinto - PB

Final do Chassi *****11424

Consultado em 19/08/2021 14:17

SECRETARIA NACIONAL DE MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA SEGURANÇA PÚBLICA



Digitalizado com Cam



Processo

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

Assuntos:

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

Movimentações:

| | Data e | Descrição e |
|----|------------|--|
| 1 | 28/05/2020 | INICIADO PROCEDIMENTO DE 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 P002715192001 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 | 09/08/2017 | JUNTADA DE PETIÇÃO CONTRARRAZÕES CONTRA 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 86/17 |
| 23 | 04/10/2016 | PROVIMENTO DE AUDITAGEM 04/10/2016 SET/2016 |
| 24 | 21/08/2016 | PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 21/08/2016 AS 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 D012101161001 08:53:33 602 |
| 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 N F 42/16 PUBLICADA |
| 31 | 08/05/2016 | EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 N F 42/16 EXPEDIDA |
| 32 | 08/05/2016 | EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 08/05/2016 NF 42/16 |
| 33 | 05/05/2016 | SEM RESOLUÇÃO DE MERTO 05/05/2016 SEMI REG L 02/16 REG 255 |
| 34 | 22/03/2016 | CONCLUSOS PARA DESPACHO 22/03/2016 |
| 35 | 22/03/2016 | ATO ORDINATORIO PRATICADO 22/03/2016 PERICIA REALIZADA |
| 36 | 21/03/2016 | PROTOCOLIZADA 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 PERICIA DESIGNADA 22/03/16 09H |
| 40 | 28/02/2016 | PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 28/02/2016 |
| 41 | 28/02/2016 | EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO MANDADO 28/02/2016 BRADESC SEGUROS S/A |
| 42 | 28/02/2016 | EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 28/02/2016 NF 13/16 |
| 43 | 11/02/2016 | CONCLUSOS PARA DESPACHO 11/02/2016 |
| 44 | 11/02/2016 | JUNTADA DE 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 P080143152001 18:58:23 BRADESC |
| 47 | 01/09/2015 | JUNTADA DE MANDADO 01/09/2015 D071134152001 16:08:23 001 |



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

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

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



Processo

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

Assuntos:

ACIDENTE DE TRANSITO.

Partes:

| | Nome da Parte |
|------------|-----------------------------------|
| 1 Apolante | SEVERINO FRANCISCO DA SILVA |
| 2 Advogado | ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COULINHO |
| 3 Apelado | BRADESCO SEGUROS S/A |
| 4 Advogado | ROSTAND INACIO DOS SANTOS |

Movimentações:

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

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

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





Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO FRANASO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 38/10/2014 CPF DA VÍTIMA 054.878.444-29
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BARÃO DO TRIUNFO BAIRRO CENTRO
 Nº 1233 COMPLEMENTO CASA UF PA4134 CEP 58.297.000
 CIDADE RIO TUNO TELEFONE (83) 98651-8167
 E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAIS) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETEM 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 MELHOR DE 8 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MELHOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA youes piosson 19/08/23
 IDENTIDADE RG-2.815.938-5500/PS
 ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

CONCADA SILVA



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

GABINETE DO DESEMBARGADOR LUIZ SILVIO RAMALHO JÚNIOR

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL (Processo nº 0002568-84.2015.815.2001)

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

APELANTE : SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

ADVOGADO : ANA RAQUEL DE SOUZA E S. COUTINHO

APELADO : BRADESCO SEGUROS S/A

ADVOGADO : ROSTAND INÁCIO DOS SANTOS

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

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

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

RELATÓRIO

Digitizado com Cam



Trata-se de apelação cível interposta por SEVERINO FRANCISCO DA SILVA, irredimido 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

Digitizado com Cam



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

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

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

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

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

Digitizado com Cam



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

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

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

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

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

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



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

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

DOS HONORÁRIOS

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

É o voto.

João Pessoa, 17 de julho de 2018.

Tércio Chaves de Moura
Juiz convocado
Relator



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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA : 054.878.444-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA : 054.878.444-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

SEVERINO FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Processo: 08011306920218150581

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

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO TINTO, 18 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:43:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211433097200000069389883>
Número do documento: 23052211433097200000069389883

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:43:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211433097200000069389883>
Número do documento: 23052211433097200000069389883