

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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577146

Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577146

Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577146

Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 28/06/2019, emitida pelo Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA, CRM nº 5965 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

3 - CPF da vítima:

928094664-87

4 - Nome completo da vítima:

Serezino Tavares da Silva Saltrinho

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

5 - Nome completo:

Serezino Tavares da Silva Saltrinho

6 - CPF:

92809466487

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

2200 Jardim de oliveira

9 - Número:

136

10 - Complemento:

500

11 - Bairro:

B. novo

12 - Cidade:

Guarabira

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58200-000

15 - E-mail:

11 -

16 - Tel.(DDD):

83988547538

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0042

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 67679 0

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para certificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou parentesco (irmãos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Guarabira PB 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROTÓCOLO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

IU44
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informações Unificadas
Consulta Conta

16/10/2019
09:14:06

N.CAIXA: 122.802.488 SEVERINO T D S SOBRINHO
CPF : 928.097.664-87 Pessoa : Física
Dt.Nasc: 17/11/1974 Caixa :

PAG: 01 / 01

Conta : 0042-013-00067679/0 - POUPANCA DA CAIXA
Abert : 08/10/2019

Selezione __ Elementos Associados __

Extrato/Saldo/Aplicacao
Titulares
Marcas
Contra Ordem
Saldos Medios

Ultima Posicao: 11/10/2019

Final de Amostragem.

F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPR-I CPR-II)
BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIARIO
BOLETIM DE OCORRENCIA DE TRANSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 55/2019	Responsavel pelo Levantamento do Acidente JOSÉ DE ARIMATEIA MARIANO DA SILVA					Posto/Graduação 3º SARGENTO
Horarios	Acionamento 02:20	Chegada ao Local 02:35	Horario do Sinstro 02:15	Bairro RODOVIA	Municipio GUARABIRA	UF PB

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia

RODOVIA PB 057

Data da Ocorrencia 28/06/2019	Dia da Semana SEXTA FEIRA	C/S Vitima (Quantidade) SIM 01	Tipo de Acidente ATROPELAMENTO	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições da Pista SECA
Condições do Tempo BOM		Envolvidos no Acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA 01 ANIMAL		Controle do Tráfego SEM CONTROLE	

Nome

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Sexo MASCULINO	Nascimento 17/11/1974	RG	Registro CNH nº 708875 XXXXXXXXXX	UF XX	CPF 928.097.664-87
-------------------	--------------------------	----	--------------------------------------	----------	-----------------------

Endereço

RUA LUIS JOSÉ DE OLIVEIRA Nº 136, BAIRRO NOVO, GUARABIRA - PB

1ª Habilitação XXXXXXXXXX	Categoria XXXXXXXXXX	Exame Med./Dia XXXXXXXXXX	Data de Vencimento XXXXXXXXXXXX	Usava Cinto XXXXXXXXXX	Usava Capacete SIM
------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------	---------------------------	-----------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

NÃO FOI POSSÍVEL

Destino do Condutor

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB

Marca/Modelo HONDA/CG 150 START	Especie MOTOCICLETA	Placa QFI 9277	Categoria PARTICULAR	Municipio ARAÇAGI	UF PB
------------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------	----------------------	----------

Nome do Proprietário

RAMILSON SOARES DE SOUZA

Seguradora D P V A T	Bilhete Nº 1408239338	Renavam 105706412	Data de Emissão XXXXXXXXXX
-------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------

Condições do veiculo antes do acidente

VERSAO DO CONDUTOR:					
TRANSITAVA NA RODOVIA NO SENTIDO ARAÇAGI A GUARABIRA - PB, QUANDO UM ANIMAL (CAVALO) INVADIU A VIA VINDO A OCORRER O ACIDENTE.					

CIENTE:	TELEFONE:
ASSINATURA DO CONDUTOR 01	

CONDUTOR:					

Nome	Sexo	Nascimento	RG	Registro CNH nº	UF	CPF
					UF	

Endereço	1ª Habilitação	Categoria	Exame Med./Dia	Data de Vencimento	Usava Cinto	Usava Capacete

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor

VEICULO:					

Marca/Modelo	Especie	Placa	Categoria	Municipio	UF
					PB

Nome do Proprietário	Seguradora	Bilhete Nº	Data de Emissão

Condições do veículo antes do acidente	POLICIA MILITAR DA PARAIBA 2º CPTRAN - BPTRAN Esta cópia é fiel reprodução da original Em: 11/07/19

[Handwritten signature]

VERSAO DO CONDUTOR 02

CIENTE:

TELEFONE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

CONDUTOR 03

Nome

Sexo

Nascimento

RG

Registro CNH nº

UF

CPF

Endereço

1ª Habilidaõ

Categoria

Exame Med./Dia

Data de Vencimento

Usava Cinto

Usava Capacete

Exame de Embriaguez Alcoólica

Destino do Condutor

Marca/Modelo

Espécie

Placa

Categoria

Município

UF

Nome do Proprietário

Seguradora

Bilhete Nº

Renavam

Data de Emissão

Condições do veículo antes do acidente

CIENTE:

TELEFONE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

CONSTATACAO

A GUARDAÇÃO AO CHEGAR NO LOCAL CONSTATOU QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DE PLACA: QFI 9277/PB, O SENHOR SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO, TRAFEGAVA NA RODOVIA PB-057 SENTIDO ARAÇAGI A CIDADE DE GUARABIRA - PB, QUANDO UM ANIMAL (CAVALO) INVADIU A VIA, E O CONDUTOR NÃO TEVE COMO EVITAR O SINISTRO. O ANIMAL ESTAVA COM AS PATAS TRASEIRAS QUEBRADAS E O CONDUTOR CAÍDO AO SOLO AGUARDANDO O SOCORRO MÉDICO DE URGÊNCIA.

POLICIA MILITAR DA PARAÍBA

2º CPTTRAN - BPTTRAN

Esta cópia é feita
reprodução do original
Em: 11/03/19

Assinatura - MEL

Guarabira-PB

10/09/2019.

SGT. MARIANO Responsável pelo Levantamento

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROTÓTIPO
AG. JOÃO PESSOA

CONTINUACAO DO BOLETIM DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO BOAT N°
VITIMA 01

55

Nome
SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHOEndereço
RUA LUIS JOSÉ DE OLIVEIRA N° 136, BAIRRO NOVO, GUARABIRA - PBSexo Nascimento Viajava no Veiculo nº Usava Capacete
MASCULINO 17/11/1974 01 SIM Usava CintoCondições da Vítima: Condutor Passageiro Pedestre Conduzida Para:
HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB

VITIMA 02

Nome

Endereço

Sexo Nascimento Viajava no Veiculo nº Usava Capacete
MASCULINO Nasc. 17/11/1974 01 SIM Usava CintoCondições da Vítima: Condutor Passageiro Pedestre Conduzida Para:

VITIMA 03

Nome

Endereço

Sexo Nascimento Viajava no Veiculo nº Usava Capacete
MASCULINO Nasc. 17/11/1974 01 SIM Usava CintoCondições da Vítima: Condutor Passageiro Pedestre Conduzida Para:

TESTEMUNHA 01

Nome

Endereço

Sexo Nascimento Identidade nº Orgao Emissor UF

VERSAO DA TESTEMUNHA 01

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE:

TESTEMUNHA 02

Nome

Endereço

Sexo Nascimento Identidade nº Orgao Emissor UF

VERSAO DA TESTEMUNHA 02

POLICIA MILITAR DA PARAIBA
2º CPTRAN - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 11/09/19
Assinatura: Cb. Cpt

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE:

10 OUT. 2019



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPR-I CPR-II)
BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIARIO



BOLETIM DE OCORRENCIA DE TRANSITO - BOAT

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO N° 1 - 55
CROQUI DO BOAT E AMARRAÇOES

VIA "A" ROROVIA PB 057. LARGURA: 8,00 METROS

VIA "B"

PR PRESÍDIO JOÃO BOSCO CARNEIRO

PA PONTO DE AMARRAÇÃO

V1 Eixo Dianteiro 14,6 Eixo Traseiro

V2 Eixo Dianteiro Esquerdo Eixo Dianteiro Esquerdo

13,5 metros para(PA)
metros para(PA)

GUARABIRA - PB

animal

ARAÇAGI - PB

Sentido do V1

PA

DESENHO ILUSTRADO NÃO OBEDIENCE A ESCALA

AUTOMÓVEL

VEÍCULO 2 RODAS

ÔNIBUS OU CAMINHÃO

MARCHA A FRETE

V. PARADO/ESTACIONADO

MARCHA A RE

PATINAGEM OU DERRAPAGEM

CAPOTAGEM

PEDESTRE

ANTES DE ACIDENTE

ANIMAL

LOCAL ACIDENTE P1

OBJETO FÍXO

APÓS ACIDENTE

V1



POLICIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução do original
Em, 11/09/19
Assinatura - M.M.

GUARABIRA-PB,

10/09/ 2019.

10 OUT. 2019

SGT. MARIANO
RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO

PROTÓCOLO
AC. JORNAL

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

9280 946 64 - 87

Serêimo Torrões de Souza Saltrinho

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:
Replicutor		Torres, Jardim das Oliveiras	136 sala
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
B. morro	Guarabira	PB	58200-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 988547538		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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. Assinalar uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA: 67679

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 SONANTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Decido, 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 Lider 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 SONANTE 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Guarabira PB 31/09/2019

Bráulio José de Souza Sabino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PNP 0001 10000 70010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS /ATENDIMENTO
USB 49

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE/USUÁRIO		IDADE	SEXO
08/06/19	2489-16	Paciente: Túlio da S		44 anos	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DE OCORRÊNCIA				BAIRRO	MÉDICO REGULADOR
Bento - RJ - Aracaju - Em frente a padaria				PB-057	Dr. Mário
Apoio no Local	PM	Resgate/Bombeiros	Resgate/PRF	SPTRANS	TROTE
QTA	Socorrido por terceiros	Recusou atendimento	Socorrido pelo Bombeiro	Local não encontrado	
				Outro	

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

- TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA): Colisão moto x animal

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO CINEMÁTICA: EXAME FÍSICO <input type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> SUDOREICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL <i>lombada</i> <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> HEMATÉMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	MEDICAMENTOS: — PATOLOGIA (S): — ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: — VACINAS: —
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL DESTINO Local 1: <u>HECTSHL</u> Responsável: <u>Dr. Cláudio Junior</u> Local 2: _____ Responsável: <u>MR Cirurgia Geral</u> CRM: <u>PB 9985</u> Função: _____	

DADOS VITais

VVA: livre Obstruída / RESPIRAÇÃO: <30irpm >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal / PAS: 90mmHg
 < 90mmHg / PA: 140/80 PC: 100 FR: 16 TEMPERATURA: 36,9 GLICEMIA: 120 E. COMA: 5/2 + 1.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: 2019 agudo - colisão moto x animal

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO 2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem sintomas precipitosos, MMS 2 e MMSE aparentemente normais, sem hipotensão (E)

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem hipotensão (E)
2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem hipotensão (E)
2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem hipotensão (E)
2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem hipotensão (E)
2019 agudo - colisão moto x animal, consciente orientado, sem hipotensão (E)

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Gleicyanne Ferreira COREN: 145849 TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

Respondeu: _____
Gleicyanne Ferreira
Dr. Cláudio Junior

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: 11

RG: _____
 TESTEMUNHA: _____

RG: _____
 COREN: PB 145849-ENF

COMPRA: PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

SAMU 192 - GUARABIRA



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



033318

|||||

AR

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO
LUIZ JOSE DE OLIVEIRA 136
NOVO
GUARABIRA - PB
58200-000

Data de Produção : 26/07/2019



FB991356757BR

COPIA DE SEU CARTÃO
10 OUT. 2019
FAC
S. JOSÉ DO RIO PRETO



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Severino Tavares de Sousa Sobrinho
DATA DE NASCIMENTO	17/11/74
NOME DA MÃE	Raimunda Soares de Sousa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	116605
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1173519
DATA DO ATENDIMENTO	26/06/19
HORA DO ATENDIMENTO	05:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Trauma abdominal fechado com contusão pancreática
CID 10	T36.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto X animal, encaminhado de guarabira pelo SAMU, com queixa de dor abdominal, em hemitórax esquerdo e punhos, nega perda da consciência, cefaléia ou vômitos; abdome doloroso à palpação, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficits. Avaliado pela Cirurgia Geral e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax/USG(fast)

TC abdome

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: borramento e densificação dos planos adiposos no epigastrio e mesogastrio, notadamente duodenal, pequena /moderada quantidade de líquido livre perihepático, periesplênico, goteira parieto-cólica direita e pelve

TRATAMENTO:

Laparotomia exploradora + hemostasia de mesocolon + lavagem da cavidade com SF, drenagem da cavidade.

ALTA HOSPITALAR: 02/07/19
DATA DA EMISSÃO: 26/08/19


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

10 OUT. 2019

83 98149 - 3165 http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perfor
→ NAMORADA (JVMN)
8119 - 8814 → IRMÃO (ROMUÍZON)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 1173619



Identificação do paciente

Id 1418608	Nome SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO		Sexo Masculino
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44 anos 7 meses 11 dias		Religião
Mãe RAIMUNDA SOARES DE SOUSA			Pai
Escolaridade			
DDD Celular 83	Celular 99999999	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1708876	Nº Cns	
Local de procedência GUARABIRA			
Email	Naturalidade GUARABIRA	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
CBOR			

Endereço

CEP 58200970	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro JOÃO PESSOA, 43
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO
Admissão			
Data e Hora 28/06/2019 05:36:03	Número da pulseira 1000007138538	Convênio SUS	Clinica
Especialidade CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	X mmHg	P脉	Temperatura
Exames complementares			
Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG []	Ultrasonografia []		

Paciente trazido pelo SAMU de Guarabira, vítima de colisão motocicleta animal. H.O.T.E, queimadura - n° da dor abdominal - punho, encarcerado do abd. -
Assinatura: 275.403

Diagnóstico

Atendido por
RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA

CID

Tempo
36seg

Imprimir

10 OUT. 2019

PROTÓCOLO

AREA VERMELHA

 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente	SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE	Data/Hora Entrada	
Data de nascimento	17/11/1974	1173519	28/06/2019 05:36:03	Data Baixa
Mae	RAIMUNDA SOARES DE SOUSA	Sexo	CNS	
Endereço	JOÃO PESSOA, 43, SN	Bairro	GUARABIRA	Telefone de Contato
Acidente	MOTO X ANIMAL	Motivo	Profissional	(63) 999999999
Data/Hora Classificação	28/06/2019 05:36:03	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Prontuário
			Data/Hora Prescrição	UF
			28/06/2019 05:54:42	PB
				Nº Cons. Regional
				9985/PB

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA PELO SAMU, QUEIXANDO DE DOR ABDOMINAL, EM HEMITORAX ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÓMITOS. AO EXAME: A: EUPNEICO. TÓRAX DOLOROSO À ESQUERDA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME SEMIGLOBOSO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: ESCORIACOES EM MMSS E EDEMA EM MÃO ESQUERDA. CD: 1) RX TÓRAX + USG FAST + TC DE ABDOME + HB/HT + TS 2) RX PUNHOS + PARECER DA ORTOPEDIA 3) ANALGESIA STAFF: DR WALTER

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V. AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: HB E HT)
 GRUPO SANGUÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TIPAGEM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
 ULTRASSONOGRAFIA - FAST
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE
 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)
 RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



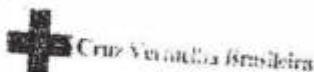
Dr. Cláudio Júnior
 MR Cirurgia Geral
 CRM - Pt 9985

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
 (CRM: 9985/PB)

Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA em 28/06/2019 05:36:39





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Samaritano Humbero LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

Paciente	SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE	Data/Hora Entrada	
Data de nascimento	17/11/1974	1173519	28/06/2019 05:36:03	Data Baixa
Mae	RAIMUNDA SOARES DE SOUSA	Sexo	CNS	
Endereço	JOAO PESSOA, 43, SN	CENTRO	Município	Telefone de Contato
Acidente	MOTO X ANIMAL	Motivo	GUARABIRA	(83) 99999999
Data/Hora Classificação	28/06/2019 05:36:03	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	Prontuário
			DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	UF
			Data/Hora Prescrição	PB
			28/06/2019 09:03:53	Nº Cons. Regional
				12150/PB

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA PELA SAMU. QUEIXANDO DE DOR ABDOMINAL, EM HEMITÓXICOS ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÓMITOS. AN EXAME: A. EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTEIS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS, B. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TORÁX DOLOROSO À ESQUERDA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C. INFORMA TENSÃO, NORMOCARDÍCO E EUGLÓCEMICO. ABDOME SEMIGLOBO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL. D. EDEMA EM MÁC ESQUERDA. CD. 1) RX TÓRAX + USG FAST - TC DE ABDOME + HB/HT + TS 2) RX PUNHOS + PARECER DA ORTOPEDIA 3) ANALGÉSICO STAFF: DR WALTER. Paciente reservado, com dor abdominal difusa, discutida TC de abdome com radiologista (Dra. Norma), cujos achados confirmaram-se abaixo. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico. Solicito laboratório, comum banco de sangue para reserva de 02 CH. STAFF: Dr. José Carlos Anexo - laudo TC abdome "Borramento e densificação dos planos adiposos no epigástrico e mesogástrico, notadamente na topografia do segmento cefálico/ processo uncinado do pâncreas, duodeno e raiz do mesentério. Identifica-se aparente espessamento parietal duodenal nesta topografia. Pequena/moderada quantidade de líquido livre peritoneal, periesplênico, na gastera parietocólica direita e na pelve. Fígado vestigial, baixo e adrenais sem particularidades no estudo sem contraste endovenoso. Rins de topografia, morfologia e dimensões normais. Não há evidência de cálculos renais. Não há sinais de dilatação dos sistemas coletores. Ateromatose aortoilíaca. Vena cava inferior de aspecto habitual. O protocolo utilizado. Bexiga com moderada coluna e conteúdo homogêneo".

MEDICAÇÃO

CONCENTRAÇÃO DE FÁCIAIS, ADMINISTRAR 600,0 ML (10) E.V. ACM. OBSERVAÇÕES: RESERVA, PACIENTE ENCAMINHADO PRO BLOCO CIRÚRGICO!

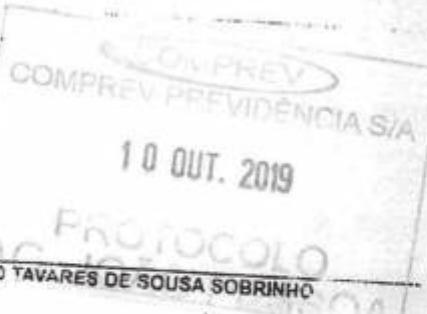
EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LAPAROTOMIA EXPLORADORA)
UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
MILASE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
PROTEINA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
REATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
GRUPO SANGUÍNEO, FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RESERVA 02 CH)
SANGUE E DERIVADOS

SOLICITAÇÃO DE FEROCOMPONENTES, (OBSERVAÇÕES: 02 CH, RESERVA, URGÊNCIA CIRÚRGICA)

Conduta

Em observação:



Diego Arley Gomes da Silva
MÉDICO
CRM-PB 12150

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

CUIDADOS

HGT 6/6HS

CURATIVO

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO)

II - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: AFERIR E REGISTRAR DÉBITO DO DRENO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA ORTOPEDIA (RX SOLICITADO À ADMISSÃO))

AFERIR PA E FC, (OBSERVAÇÕES: DE 4/4H, VIGIAR SINAIS DE CHOQUE.)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CONTROLE HB/HT)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA, HEMOPERITONEO)

UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

AMILASE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA PANCREÁTICO)

IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA PANCREÁTICO)

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA ABDOME CONTUSO)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA ABDOME CONTUSO)

CID10

S36.2 - Traumatismo do pâncreas

S36.9 - Traumatismo não suspeitado do abdome, do dorso e da pelve

Conduta

Internar Paciente

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por RAYSSA LEITE REBOUÇAS CRM - em 28/06/2019 05:36:39

COMPRA
CLASIA
10 OUT. 2019
FRU
C010



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente				
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE	Data/Hora Entrada		
Data de nascimento	1173519	28/06/2019 05:36:03		Data Baixa
17/11/1974	Sexo	CNS		
Mãe	Masculino			Telefone de Contato
RAIMUNDA SOARES DE SOUSA	Bairro	GUARABIRA		(83) 981493165
Endereço	CENTRO	Município		Prontuário
JOÃO PESSOA, 43, SN	Motivo	PROFISSIONAL		
Acidente	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA		UF
MOTO X ANIMAL				PB
Data/Hora Classificação				Nº Cons. Regional
28/06/2019 05:36:03				12150/PB
		Data/Hora Prescrição		
		28/06/2019 11:54:15		

ANAMNESE

*CIRURGIA GERAL# PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA PELO SAMU, QUEIXANDO DE DOR ABDOMINAL, EM HEMITÓRAX ESQUERDO E PUNHOS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÓMITOS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTEIS. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX DOLOROSO À ESQUERDA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÕES. MV: AHT GLASGOW 15, PUPIAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGEENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: ESCORIAÇÕES EM MMSS E 3) ANALGÉSIA STAFF: DR WALTER ----> Paciente reavaliado, com dor abdominal difusa, discutida TC de abdome com radiologista (Dra. Norma), 02CH. STAFF: Dr José Carlos Anexo - laudo TC abdome "Borramento e densificação dos planos adiposos no epigástrico e mesogástrico, notadamente na topografia do segmento céfálico/ processo uncinado do pâncreas, duodeno e radix do mesentério. Identifica-se aparente espessamento parietal duodenal nesta topografia. Pequena/moderada quantidade de líquido livre peritoneal, na gastera parietocólica direita e na pelve. Fígado, vesícula biliar, baço e adrenais sem particularidades no estudo sem contraste endovenoso. Rins de topografia, morfologia e dimensões normais. Não há evidências de cálculos renais. Não há sinais de dilatação dos sistemas coletores. Ateromatose aortoilíaca. Veia cava inferior de aspecto habitual ao protocolo utilizado. Bexiga com modelação nula e os reais "magnetões" --> 11:20 -- Cirurgia Geral Nota operatória: paciente submetido a laparotomia exploradora por trauma abdôminal fechado sob anestesia geral. Inventário da cavidade: sangue livre em cavidade abdominal, hematocele retroperitoneal, hematoma da mesentérica, contusão pancreática, não evidenciado sofrimento de alças. Realizada hemostasia da mesentérica, exploração da 2ª porção do duodeno que não evidenciou lesão do mesmo. Colocado dreno de sucção nº 6.4. Procedimento sem maiores intercorrências. CD: A saia de ICPM. Internação: Ag. ainda avaliação ortopédica.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTS)

EFTRIAZONA 1000MG INTRAVENOSA, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V. 12/12H POR 14 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V. 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: CORRER LENTO, 90 A 120 ML/H)

Diluir

TRAMADOL 65MG 5ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 12/12H

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÓMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL AG. SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 75,0)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE HGT < 70 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 400,0)

0 OUT. 2010

SIA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: CARLOS
MAGALHÃES FRANCA
Em: 01/07/2019 10:46:27

Nome SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO		Bulletim de Atendimento 1173519	Data/Hora Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 116605
Tempo de Internação 2d 21h 13min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Internação 28/06/2019 13:33:42	Permanência na Unidade: 3d 5h 10min		Permanência no Leito: 2d 21h 13min

Evolução Médica (CARLOS MAGALHÃES FRANCA - 01/07/2019 10:46:20)EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

03ºDPO LE +RAFIA DE MESOCOLON
PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXAS DE DORES EM ABDOME E ADJACENCIAS, ABDOME
FLACIDO, DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

Carlos Magalhães Franca

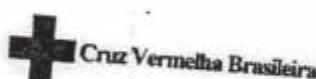
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 005
Profissional responsável pela informação: CARLOS MAGALHÃES FRANCA

Número Conselho: 3792

COLABORADOR: VIDÉNCIA S/A
10 OUT. 2019
FICHA DE AVALIAÇÃO
JOÃO PESSOA

30/06/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pag_es/estendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=487814&dataInicial=30/06/2019 07:15:58&dataFinal=30/06/2019 07:16:03



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

16/EXTRF



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: CARLOS
MAGALHÃES FRANCA
Em: 30/06/2019 07:16:03

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Nome	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	1173519	28/06/2019 05:36:03	
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 17h 43m in		Convênio SUS	Prontuário 116605
Data de Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Internação 28/06/2019 13:33:42	Permanência na Unidade: 2d 1h 40min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 1d 17h 43m in

Evolução médica (CARLOS MAGALHÃES FRANCA - 30/06/2019 07:15:58)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

02ºDPO LE +RAFIA DE MESOCOLON
PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXAS DE DORES EM ABDOME E ADIACENCIAS, ABDOME FLACIDO,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 005
Profissional responsável pela informação: CARLOS MAGALHÃES FRANCA

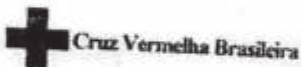
Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3794
033.003794

Número Conselho: 3792

COMPAGNIA DE SANEAMENTO BÁSICO

10 OUT. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel:



Impresso por: CARLOS
MAGALHÃES FRANCA
Em: 29/06/2019 06:17:21

Nome SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO		Boletim de Atendimento 1173519	Data/Hora Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 116605
Tempo de internação 16h 44min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Internação 28/06/2019 13:33:42	Permanência na Unidade: 1d 41min		Permanência no Leito: 16h 44min

EVOLUÇÃO MEDICA (CARLOS MAGALHÃES FRANCA - 29/06/2019 06:17:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

01ºDPO LE +RAFIA DE MESOCOLON
PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXAS DE DORES EM ABDOME E ADJACENCIAS, ABDOME FLACIDO ,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA - 005
Profissional responsável pela informação: CARLOS MAGALHÃES FRANCA

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 038.003

Número Conselho: 3792

COMPETENCIA PESSOAL

10 OUT. 2019

Fr. 000000
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO BE/Prontuário: 1173519
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 28/06/19
 Clínica/Setor: ALA VERMELHA - CM. GERAL EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
 Cirurgião: Dr. JOSÉ CARLOS 1º Assistente: DR. MARCOS FURADO
 2º Assistente: DR. DIEGO ARROYO 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 09:00 Término 11:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Traumatismo fechado de abdome.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Laparotomia exploradora</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: 10 OUT. 2019

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: CRM-PB 10150 + Dr. José Carlos João Pessoa, 28/06/2009
CRM-PB 10150 + Dr. Marcos Furado

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em OOH sob anestesia geral.
 2) Asepse + antiséptico + aposição de campos estériles.

Incisão:

- 3) Incisão mediana exploradora.
 (Dr. sem efeito).

Achados:

- 4) Infiltrados da capsulite: sangue livre no cavidade abdominal, hemorragia retroperitoneal, remoção da mesentína, contusão pancreática.

Conduta:

- 5) Laparofotnia exploradora.
 6) Hemostase do mesocolon.
 7) Exploração da 2ª porção do duodeno, que não apresentava lesão de menor.
 8) Aspiração da cavidade com SF 0,9%
 9) Colocação de frena de sucção nº 6.4.
 10) Sutura dos planos membranoso e frouxo do frena.
 11) Curativo.

Fechamento:

Vide itens 10 e 11.

Observação:

Encaminho paciente à UPA.

10/06/2019

Médico/CRM:

Diego Arley Gomes da Silva
 CRM 12150
 CRM 12150

Dr. José Carlos
 + Dr. Marcos Furtado.

João Pessoa, 28/06/2019



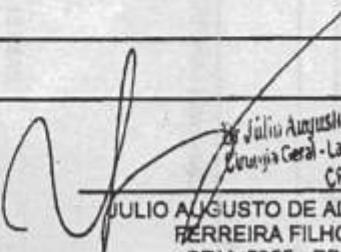
Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO			Número Prontuário: 116805
Data de Nascimento: 17/11/1974	Sexo: Masculino	Data de Internação: 28/06/2019 13:33:42	Data de Alta: 02/07/2019 08:27:32
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=paciente com trauma abdominal fechado por acidente de motocicleta submetido a laparotomia exploradora com lesao de retroperitoneo boa evolucao alta hospitalar com medicacao e orientacoes			
Resumo da Internação: resumointernacao=			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=			
Diagnóstico: S31.1 - Ferimento da parede abdominal			
Recomendações: recomendacoes=retirar pontos com 10 dias medicacao			

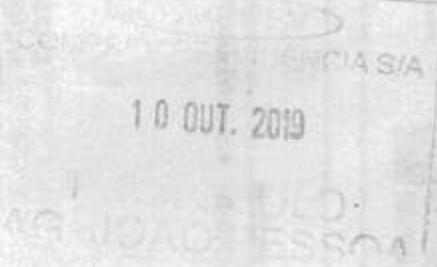
Data: 02/07/2019



Dr. Julio Augusto de Almeida P. Filho
Ginecônia Geral - Laparoscopia - Osteosíntese
CRM 5955

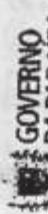
JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
CRM: 5955 - PB

10 OUT. 2019





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santos Henrique Lucena



100



Hospital-Based and Emergency-Department Trauma



ເບີໂທໄລວ່າ

Paient: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO
Data: 02/07/2019 08:32:49
Sexo Masculino
CPF: Não Informado
Idade: 44
BAE:11772510

ESTADO MEDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO, ENCONTRA-SE, EM POS OPERATORIO E NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES FUNCIONAIS POR 90 DIAS A CONSTAR DO DIA 22/06/2019.

CONSELHO
10 OUT. 2019

Dr. JULIO AUGUSTO ~~OB~~ ALMEIDA FERREIRA FILHO
ROSSADA

DE ALME 5955/PPB

~~Dir. 10 Alunos de Almeida F. Filho
Classe Geral - Largo do Paço/Brasília
CEP 70.555~~

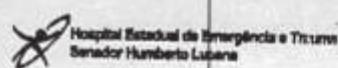
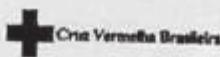
Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-000

10 OUT. 2019

CLICASIA



Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Idade: 44

Data: 02/07/2019 08:31:49

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado BAE: 1173519

ORAL

RX

01 CIPROFLOXACINO 500MG_____01CX

TOMAR 1 CP DE 12/12H POR 7 DIAS.

RX

ORAL

02-LISADOR_____01CX

TOMAR 1 CP DE 6/6H SE DOR

03- FLAGYL 400MG_____01CX

TOMAR 1 CP DE 8/8H POR 7 DIAS.

Dr. Júlio Augusto de Almeida Filho
Cirurgia Geral / Endoscopia - Obesidade

Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

5955/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA 2

Número 43405 Série 045 PB



Silviano Tavares de Sessa Silveira
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Silviano Tavares de Sessa
Socorro
Loc. Nasc. Silviano Tavares Est. PB Data 20/11/73
Filiado Marcos Tavares de Sessa Silveira
Parauapebas Sócio de Sessa
Doc. N° RC 1108875 SSP PB



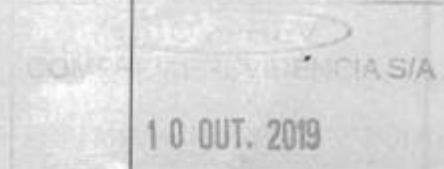
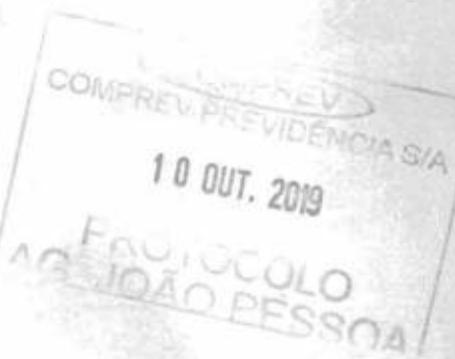
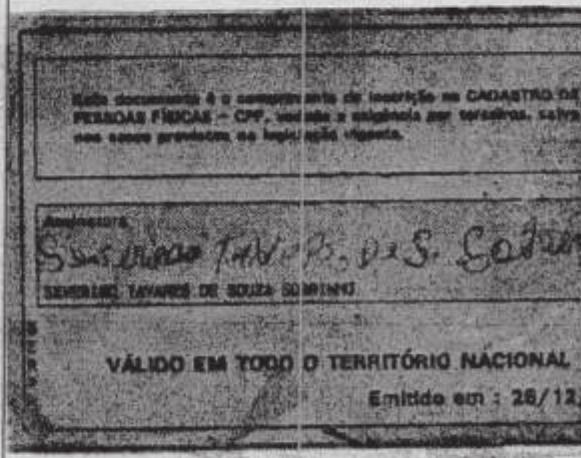
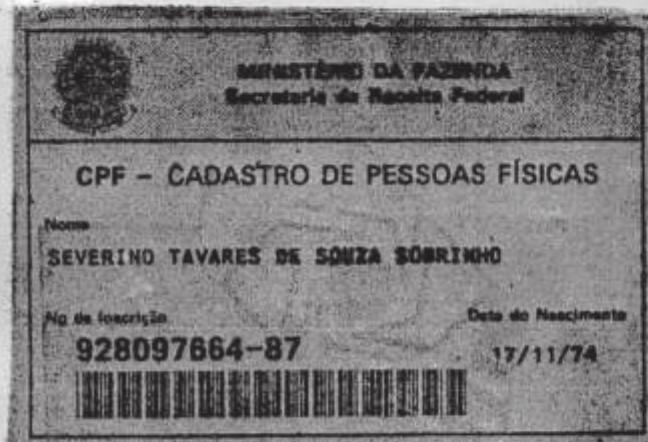
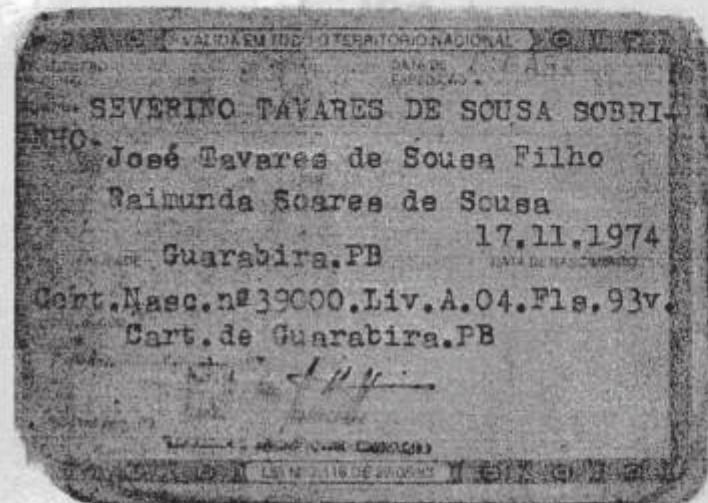
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ____/____/____ Doc. Ident N° _____
Exp. em ____/____/____ Estado _____

Obs. _____

Data Emissão 20/11/05 DRT 010000

Assinatura do Funcionário



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 014082393338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. NENHUM - 20180208017229
1 0105706417-0 00/00000000 2018

RAMUILSON SOARES DE SOUSA

03402661470 QF19277/PB

NOVO FB 9C2KC1670FR209776

ESPECIE/TEC. PAS/MOTOCICLE/NAO AFITE COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/NO. DE SÉRIE HONDA/CG150 START ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP/POV/CL. 2-F/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

DATA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 00/00/0000

IPVA PAGO EM 18/09/2018 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2 3

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 00,00 PREMIO TOTAL (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 18/09/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ARACAJU - PB LOCAL 04/10/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APENAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB N° 014082393338 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA EMISSÃO
2018 04/10/2018

CPF/CNPJ 03402661470 PLACA QF19277/PB

01057064170 HONDA/CG150 START

2015 9 9C2KC1670FR209776

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 00,00 DEN. FRAN (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00,00 OF (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 18/09/2018

SEGURADO 01057064170 PAGAMENTO 04/10/2018

SEGURADORA LÍDER, DPVAT

CNPJ 06.248.608.0001-04

31054-0855191-201801004

CONCESSIONÁRIA S/A

10 OUT. 2019

HONDA LÍDER
ARACAJU - PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO DO PORTADOR		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP
E-MAIL	TELEFONE ()	

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/ CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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, MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECETUÁRIO 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, TALIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- () Morte = R\$ 13.500,00
- () INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 32/09/2019IDENTIDADE 1400845ASSINATURA Luciana Santos

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577146 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
SOBRINHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ABDOMEM

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA. (P10)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577146 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
SOBRINHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ABDOMEM

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA. (P10)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352334/19

Número do Sinistro: 3190577146

Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

CPF: 928.097.664-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO : 928.097.664-87

Autorização de pagamento

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: 16/10/2019
Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO
CPF: 928.097.664-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352334/19

Vítima: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

CPF: 928.097.664-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO : 928.097.664-87

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: 10/10/2019
Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO
CPF: 928.097.664-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA