
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



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



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: ☐ DADS (DESPEAS 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: Senerino Tavares de Sousa Sabinho

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

5 - Nome completo: Senerino Tavares de Sousa Sabinho 6 - CPF: 92809466487
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua José de Oliveira 9 - Número: 136 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: B. novo 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: _____ 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: 67679 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ 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

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, Guarabira PB 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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:

Senerino Tavares de Sousa Salgueiro

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

5 - Nome completo:

Senerino Tavares de Sousa Salgueiro

6 - CPF:

928094664-87

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rua José da Oliveira

9 - Número:

136

10 - Complemento:

Casa

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:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0042

CONTA:

67679

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 (s)?

☐ 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

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

IU44
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes 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 : Fisica
Dt.Nasc: 17/11/1974 Caixa :

PAG: 01 / 01

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

Selecione __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 Sinistro 02:15	Bairro RODOVIA	Município GUARABIRA	UF PB	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia RODOVIA PB 057							
Data da Ocorrência 28/06/2019	Dia da Semana SEXTA FEIRA	C/S Vítima (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			
CONDUTOR 01							
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				
VEICULO 01							
Marca/Modelo HONDA/CG 150 START	Espécie MOTOCICLETA	Placa QFI 9277	Categoria PARTICULAR	Município ARAÇAGI	UF PB		
Nome do Proprietário RAMILSON SOARES DE SOUZA							
Seguradora D P V A T	Bilhete Nº 14082393338		Renavam 105706412	Data de Emissão XXXXXXXXXXXX			
Condições do veículo antes do acidente							
VERSÃO DO CONDUTOR 02							
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							
Nome							
Sexo	Nascimento	RG	Registro CNH nº		UF UF	CPF	
Endereço							
1ª Habilitação	Categoria	Exame Med./Dia	Data de Vencimento	Usava Cinto	Usava Capacete		
Exame de Embriaguez Alcoólica			Destino do Condutor				
VEICULO 02							
Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF PB		
Nome do Proprietário							
Seguradora	Bilhete Nº		Data de Emissão				
Condições do veículo antes do acidente							

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
2ª CPTM - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 11/07/19
[Assinatura]

VERSÃO DO CONDUTOR 02

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE:

CONDUTOR 03

Nome

Sexo

Nascimento

RG

Registro CNH nº

UF

CPF

Endereço

1ª Habilitação

Categoria

Exame Med./Dia

Data de Vencimento

Usava Cinto

Usava Capacete

Exame de Embriaguez Alcoólica

Destino do Condutor

VEÍCULO 03

Marca/Modelo

Espécie

Placa

Categoria

Município

UF

Nome do Proprietário

Seguradora

Bilhete Nº

Renavam

Data de Emissão

Condições do veículo antes do acidente

VERSÃO DO CONDUTOR 03

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE:

CONSTATADO

A GUARNIÇÃO 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 PARAIBA
2º CPTRAN - BPTIRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 11/03/19
Assinatura - MBI

Guarabira-PB

10/09/2019.

SGT. MARIANO Responsável pelo Levantamento

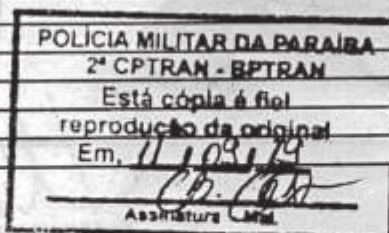
COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROT. CÍVIL
AG. JOÃO FESSOA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE TRANSITO-BOAT Nº 55				
VITIMA 01				
Nome SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO				
Endereço RUA LUIS JOSÉ DE OLIVEIRA Nº 136, BAIRRO NOVO, GUARABIRA - PB				
Sexo MASCULINO	Nascimento 17/11/1974	Viajava no Veículo nº 01	Usava Capacete SIM	Usava Cinto
Condições da Vitima: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre			Conduzida Para: HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	
VITIMA 02				
Nome				
Endereço				
Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo nº	Usava Capacete	Usava Cinto
Condições da Vitima: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre			Conduzida Para:	
VITIMA 03				
Nome				
Endereço				
Sexo	Nascimento	Viajava no Veículo nº	Usava Capacete	Usava Cinto
Condições da Vitima: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre			Conduzida Para:	
TESTEMUNHA 01				
Nome				
Endereço				
Sexo	Nascimento	Identidade nº	Orgão Emissor	UF
VERSÃO DA TESTEMUNHA 01				
CIENTE: ASSINATURA DO CONDUTOR 01				
TELEFONE:				
TESTEMUNHA 02				
Nome				
Endereço				
Sexo	Nascimento	Identidade nº	Orgão Emissor	UF
VERSÃO DA TESTEMUNHA 02				
CIENTE: ASSINATURA DO CONDUTOR 01				
TELEFONE:				



TELEFONE: 10 OUT. 2019



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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO Nº 55
CROQUI DO BOAT E AMARRACOES

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

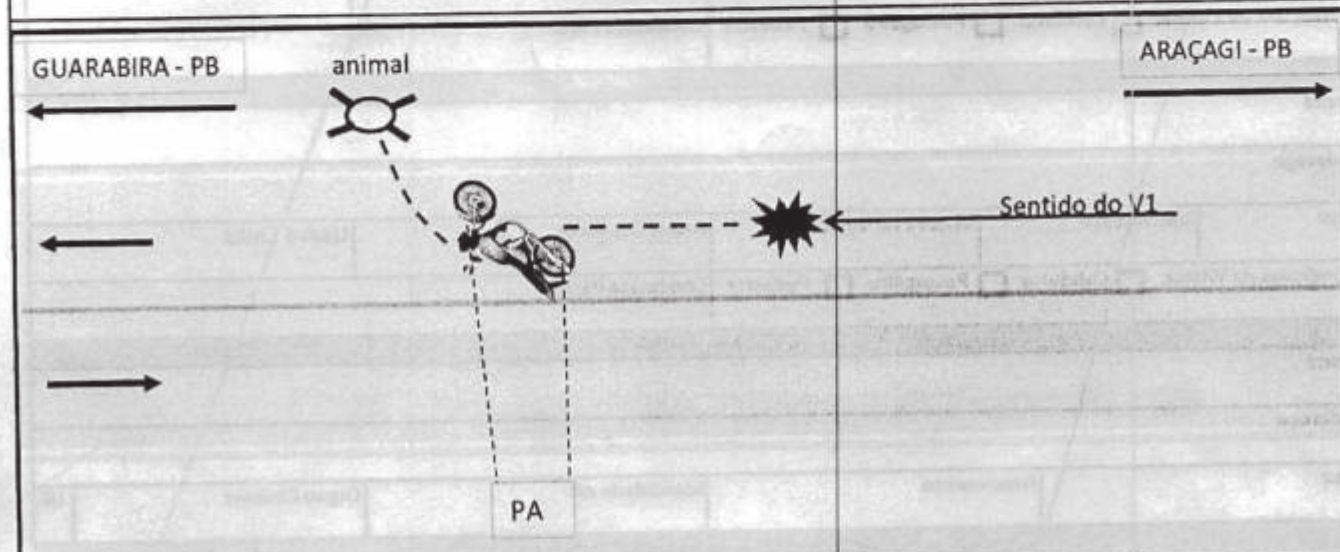
VIA "B"

PR PRESÍDIO JOÃO BOSCO CARNEIRO

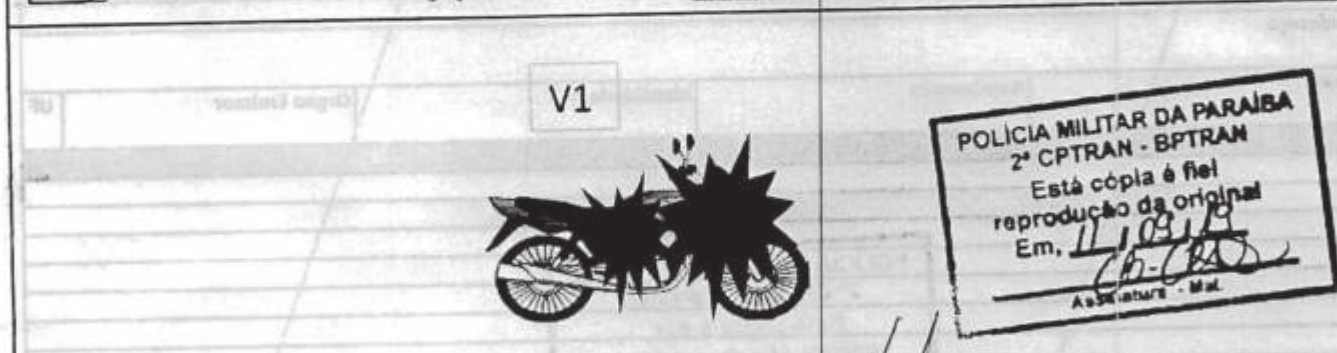
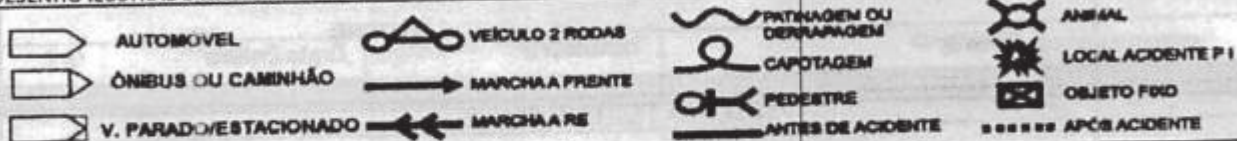
PA PONTO DE AMARRAÇÃO

V1 Eixo Dianteiro 14,6 Eixo Traseiro 13,5 metros para(PA)

V2 Eixo Dianteiro Esquerdo Eixo Dianteiro Esquerdo metros para(PA)



DESENHO ILUSTRADO NÃO OBEDECE A ESCALA



GUARABIRA-PB,

10/09/2019.

SGT. MARIANO
RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO

10 OUT. 2019

PROTOCOLO
AC JOÃO BOSCO CARNEIRO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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: Senezinho Tamaraz de Sousa Sabrinho

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

5 - Nome completo: Senezinho Tamaraz de Sousa Sabrinho 6 - CPF: 92809466487
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua José de Oliveira 9 - Número: 136 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: B. novo 12 - Cidade: Guaraliera 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: 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: ☒ RECLUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 67679 01 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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

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, Guaraliera PB 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO
USB 49

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA	OCCORRÊNCIA Nº	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
08/10/19	248776	Silvia Maria Tereza de S.	44 anos	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DE OCCORRÊNCIA			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR
Rua do Macaço - Em frente a farmácia			PB-057	Dr. Marcos
Apoio no Local	PM	Resgate/Bombeiros	Resgate/PRF	SPTRANS
QTA	Socorrido por terceiros	Recusou atendimento	Socorrido pelo Bombeiro	Local não encontrado

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

- ANTECEDENTES

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCCORRÊNCIA): Colisão moto x animal

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	MEDICAMENTOS: _____
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	PATOLOGIA(S): _____
<input type="checkbox"/> OUTRO	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
CINEMÁTICA:	VACINAS: _____
EXAME FÍSICO	<input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE
<input type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> SUDOREICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO <input type="checkbox"/> MIÓTICO	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL <u>Alta</u>	<input type="checkbox"/> QESABAMENTO / SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
<input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	<input type="checkbox"/> QUEDA MOTO <input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL	

DESTINO

Local 1: HEETSML

Local 2: _____

Responsável X

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - PB 9985

Função

Função

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ livre ☐ Obstruída / RESPIRAÇÃO: ☒ <30irpm ☐ >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☒ Normal / PAS: ☐ 90mmHg

☐ < 90mmHg / PA: 16x9 PC: 12 FR: 18 TEMPERATURA: 36,5 GLICEMIA: 118+ E. COMA: 15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Dor aguda relacionada ao trauma.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente de colisão moto x animal, consciente, orientado, SSVV estáveis, movimentos preservados MMSS e MMIS, apresenta dor de cabeça em NSE e região da nuca, com leve tontura.

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: Neg. perda de consciência e vômito. Encaminhado ao HEETSML conforme protocolo (013 3-1111).

Encaminhado ao paciente por meio de ambulância HEETSML para avaliação de HRO.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Gleicyanne Ferreira COREN: 145849

CONDUTOR: J. André

Gleicyanne Ferreira
COREN-PB 145849-ENF

RECUSA

NOME:

ASSINATURA:

RG:

TESTEMUNHA:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

SAMU 192 - GUARABIRA

Página 36

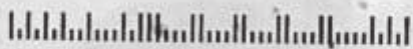


PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



033318



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

Data de Produção : 26/07/2019

AR



FB991356757BR

COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PRC 100
AC JOÃO SOA



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.

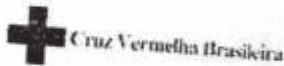
ALTA HOSPITALAR: 02/07/19
DATA DA EMISSÃO: 26/08/19


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?performar=1>
8119-5814 -> AMOROSO (IVAN)
8119-5814 -> BERMÃO (ROMULSON)



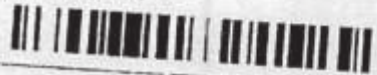
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 1173519



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	Prontuário
Mãe	RAIMUNDA SOARES DE SOUSA		Estado civil		Religião	
Escolaridade					Religião	
DDD Celular	83	Celular	999999999		Responsável (Parentesco)	O MESMO - O MESMO(A)
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)	Número documento	1708875		DDD	Telefone
Local de procedência	GUARABIRA				Nº Cns	
Email			Naturalidade	GUARABIRA	Tipo	MUNICÍPIO
					UF	PB
					CEOR	

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
Especialidade	CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco					

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Origem do paciente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RUA
Indicadores e Transporte	Detalhe do acidente	
	MOTO X ANIMAL	

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Paciente trazido da pelo SAMU de Guarabira, vítima de acidente motor animal. LATE, que sendo o de da abdominal, punção, e exame de						
caixa.						

Diagnóstico

Atendido por	RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA	CD	
		Tempo	36seg

Imprimir

10 OUT. 2019

PROTOCOLO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergências 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 SOBRINHOData de nascimento
17/11/1974Idade
44a 7m 11dBAE
1173519Sexo
MasculinoData/Hora Entrada
28/06/2019 05:36:03
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 999999999
ProntuárioMãe
RAIMUNDA SOARES DE SOUSAEndereço
JOÃO PESSOA, 43, SNBairro
CENTROMunicípio
GUARABIRAAcidente
MOTO X ANIMALMotivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETAProfissional
CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIORData/Hora Classificação
28/06/2019 05:36:03Data/Hora Prescrição
28/06/2019 05:54:42UF
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 HEMITÓRAX ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, 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. DI GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: ESCORIAÇÕES 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%)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: HB E HT)

GRUPO SANGÜINEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TIPAGEM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (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

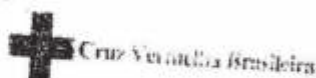
Em observação

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO


 Dr. Claudino Júnior
 MR Cirurgia Geral
 CRM - PB 9985
CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9985/PB)

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

 RECEBIMOS
 COND. EM EMERGÊNCIA S/A
 10 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Data de nascimento:
17/11/1974

Idade
44a 7m 11d

BAE
1173519

Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
28/06/2019 05:36:03

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 999999999

Prontuário

Mãe
RAIMUNDA SOARES DE SOUSA

Endereço
JOÃO PESSOA, 42, SN

Acidente
MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação
23/06/2019 05:36:03

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Serviço
CENTRO

Município
GUARABIRA

Profissional
DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA

Data/Hora Prescrição
28/06/2019 09:03:53

UF
PB

Nº Cons. Regional
12150/PB

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA PELC SAMU, QUEIXANDO DE DOR ABDOMINAL, EM HEMITORAX ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. AO EXAME: A. EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TORAX DOLOROSO À ESQUERDA. SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C. NORMOTENSO. NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME SEMIGLOBOSO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. PÉLVE ESTÁVEL. D. GLASGOW 15. FURTELOS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E. ESCORIAÇÕES EM MMSS E EDEMA EM MÃO ESQUERDA. CD: 1) RX TORAX + USG FAST - TC DE ABDOME + HB/HT + TS 2) RX PUNHOS + PARECER DA ORTOPEDIA 3) ANALGESIA STAFF: DR WALTER -> Paciente reavaliado, com dor abdominal difusa, discuta TC de abdome com radiologista (Dra. Norma), cujos achados encontram-se abaixo. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico. Solicito laboratório, comunico banco de sangue para reserva de 02CH. STAFF: Dr. José Carlos Anexo - laudo TC abdome "Borrimento 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 perihéptico, periesplênico, na goteira parietocólica direita e na pelve. Fígado vesícula biliar, baço e adrenais sem particularidades ao 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 aortoaólica. Vela cava inferior de aspecto habitual. TC protocolo utilizado. Bexiga com moderada distensão e conteúdo homogêneo"

MEDICAÇÃO

CONCENTRADO DE GEMFACIAS, ADMINISTRAR 600.0 MG IV 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 SANGÜÍFEO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RESERVA 02 CH)

SANGUE E DENTADOS

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

Conduta

Em observação:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROTOCOLO

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

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

S38.9 - Traumatismo não especificado 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 ACPA em 28/06/2019 05:36:39

COMPARTILHADO NASIA

10 OUT. 2019

FRANCISCO



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 SOBRINHOData de nascimento
17/11/1974Idade
44a 7m 11d

Mãe

RAIMUNDA SOARES DE SOUSA

Endereço

JOÃO PESSOA, 43, 8N

Acidente

MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação
28/06/2019 05:36:03

BAE

1173519

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

28/06/2019 05:36:03

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 981493165

Prontuário

Bairro

CENTRO

Município

GUARABIRA

Profissional

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA

Data/Hora Prescrição

28/06/2019 11:54:15

UF

PB

Nº Cons. Regional

12150/PB

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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 VÔMITOS. AO EXAME: A) EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B) VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TORAX DOLOROSO À ESQUERDA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C) NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME SEM GLOBOSO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL. D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E) ESCORIAÇÕES EM MMSS E EDEMA EM MÃO ESQUERDA. CD: 1) RX TORAX + USG FAST + TC DE ABDOME + HB/HT + TS 2) RX PUNHOS + PARECER DA ORTOPEDIA 3) ANALGESIA 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 "Borrimento 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 perihépato, periesplênico, na goteira parietocólica direita e na pelve. Fígado, vesícula biliar, baço e adrenais sem particularidades ao 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 aortobílica. Veia cava inferior de aspecto habitual ao protocolo utilizado. Bexiga com moderada repleção e conteúdo homogêneo" --> 11:20 -- Cirurgia Geral Nota operatória: paciente submetido à laparotomia exploradora por trauma abdominal fechado sob anestesia geral. Inventário da cavidade: sangue livre em cavidade abdominal, hematoma retroperitoneal, hematoma do mesentério, contusão pancreática, não evidenciado sofrimento de alças. Realizada hemostase do mesocólon, exploração da 2ª porção do duodeno que não evidenciou lesão do mesmo. Colocado dreno de sucção nº 6.4. Procedimento sem maiores intercorrências. CD: À sala de UTIP. Internação: Aguardando avaliação ortopédica.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

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

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: CORRER LENTO, 90 A 120 ML/H)

Diluir

TRAMADOL 50MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL 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., 8/8H, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS (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, ACP SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 75,0)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL ADMINISTRAR 36,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE HGT < 70 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 400,0)

30/06/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pag/es/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=487614&dataInicial=30/06/2019 07:15:58&dataFinal=30/06/2019 07:15:58



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CARLOS
MAGALHAES FRANCA
Em: 30/06/2019 07:16:03

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 1d 17h 43min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Internação 28/06/2019 13:33:42	Permanência na Unidade: 2d 1h 40min		Permanência no Leito: 1d 17h 43min

EVOLUÇÃO MEDICA (CARLOS MAGALHAES 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 ADJACENCIAS, ABDOME FLACIDO,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

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

Dr. Carlos Magalhães Franco
CRM-PB 3794
033 003792
Número Conselho: 3792

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

10 OUT. 2019

PROTOCOLO
ADJ. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: CARLOS
MAGALHAES FRANCA
Em: 29/08/2019 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 MAGALHAES 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 ABDOM E ADJACENCIAS, ABDOME FLACIDO,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

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

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
038 003792

Número Conselho: 3792

COMISSÃO DE ÉTICA E CONDUCTA

10 OUT. 2019

FERNANDO
AGUIAR FERNANDES

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 - C.M. GERAL EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
 Cirurgião: DR. JOSÉ CARLOS 1º Assistente: DR. MARCOS FURTADO
 2º Assistente: MR1 DIEGO ARLEY 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: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Diego Arley Gomes da Silva
CRM-PB 12150

+ Dr. José Carlos
+ Dr. Marcos Furtado

João Pessoa, 28/06/2009

COMP. PREVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
F. M. C. O.
AG. JOAO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) Paciente em DDH sob anestesia geral. 2) Aproximação + antissepsia + aproximação de campos estêreis.
Incisão:	3) Incisão mediana xifóide. 4) Em cam e fútil.
Achados:	4) Insuficiência da capacidade: sangue livre na cavidade abdominal, hematoma retroperitoneal, hematoma do mesentério, contusão pancreática.
Conduta:	5) Laparotomia exploradora 6) Hemostasia do mesocolon. 7) Exploração da 2ª porção do duodeno, que não apresentava lesão de menor. 8) Ligadura da cáverula com SF 0,0% 9) Colocação de grelha de secção nº 6.4. 10) Sutura dos planos mesomembranosos e fixação do grelha. 11) Curativo.
Fechamento:	Vide itens 10 e 11.
Observação:	Encomenda pronta à UPA.

Médico/CRM:

Diego Arley Gomes da Silva
Médico
CRM 12130

+ Dr. José Carlos

+ Dr. Marcelo Furtado.

João Pessoa, 28/06/2013



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

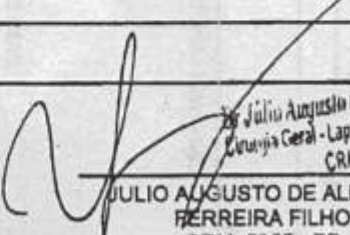


GOVERNO
DA PARAIBA

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 lesão de retroperitônio boa evolução alta hospitalar com medicação e orientações			
Resumo da Internação: resumoInternacao=			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=			
Diagnóstico: S31.1 - Ferimento da parede abdominal			
Recomendações: recomendacoes= retirar pontos com 10 dias medicação			

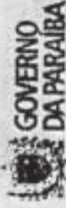
Data: 02/07/2019


Dr. Julio Augusto de Almeida P. Filho
Cirurgia Geral - Laparoscopia - Obesidade
CRM 5955
JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
CRM: 5955 - PB

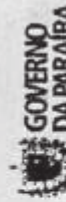
10 OUT. 2019



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Data: 02/07/2019 08:34:27

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 44

BAE: 1173519

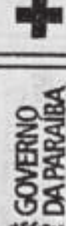
ORIENTACOES

RETIRAR PONTOS COM 1 SEMANA
MANter DIETA PASTOSA, 300ML A CADA 6 HORAS POR 10 DIAS.
TOMAR AS MEDICACOES E SEGUIR AS ORIENTACOES MEDICAS.

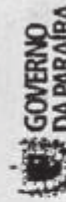
Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Cirurgião Geral - Laparoscopia - Ginecologia
CRM 5955

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Data: 02/07/2019 08:34:27

Sexo Masculino

CPF: Não informado

Idade: 44

BAE: 1173519

ORIENTACOES

RETIRAR PONTOS COM 1 SEMANA
MANter DIETA PASTOSA, 300ML A CADA 6 HORAS POR 10 DIAS.
TOMAR AS MEDICACOES E SEGUIR AS ORIENTACOES MEDICAS.

10 OUT. 2019

COMPREVE PREVENTIVAMENTE S/A

PROTocolo
AG. JOÃO PESSOA

Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
5955/PB

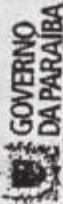
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Idade: 44

Data: 02/07/2019 08:32:49

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1173519

ATESTADO 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 28/6/2019.

CID S31.1

ATESTADO 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 28/6/2019.

CID S31.1

Dr. Julio Augusto de Almeida Ferreira Filho
Clínica Geral - Lapa - 59555-5955

Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
59555/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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Idade: 44

Data: 02/07/2019 08:32:49

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1173519

ATESTADO 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 28/6/2019.

CID S31.1

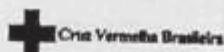
COMPREV PREVENÇÃO
10 OUT. 2019
FARMACOLÓGICA
AG. JOÃO FERREIRA

Dr. Julio Augusto de Almeida Ferreira Filho
Clínica Geral - Lapa - 59555-5955

Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
59555/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

0702019
10 OUT 2019
V/S VIGILANCIA S/A



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 8/8H SE DOR

03- FLAGYL 400MG

01CX

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


Dr. Julio Augusto de Almeida Ferreira Filho
Cirurgião Geral / Laparoscopia-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 015 PB



Severino TAVARES de Sousa Sobrinho
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Severino TAVARES de Sousa Sobrinho
Loc. Nasc. Guarabira Est. PB Data 17.11.23
Filiação José TAVARES de Sousa Lima
Doc. N° 10.170.8875 SSP PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ___/___/___ Doc. Ident. N° ___
Exp. em ___/___/___ Estado ___
Obs.: ___
Data Emissão 28.11.05 DRT 2.10.05

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO
José Tavares de Sousa Filho
Raimunda Soares de Sousa
17.11.1974
Guarabira, PB
Cart. Nasc. nº 39000, Liv. A.04, Fls. 93v.
Cart. de Guarabira, PB

[Assinatura]

LEI Nº 2.116 DE 24/06/64

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/PI

[Assinatura]

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Nº de inscrição
928097664-87

Data de Nascimento
17/11/74

[Barra de código]

Neste documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

[Assinatura]
SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em: 28/12/2019

COMPREV
 PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
 PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/09/2019

IDENTIDADE 1709875

ASSINATURA *de Souza Sobrinho*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

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
SOBRINHO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração 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
SOBRINHO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração 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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA