



Número: **0804372-43.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **24/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO (AUTOR)	RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO) INDIANARA CAVALCANTE CANDIDO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34750 488	25/09/2020 10:41	Petição	Petição
34750 491	25/09/2020 10:41	2692242_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
34750 492	25/09/2020 10:41	2692242_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Carta nº 14957600

Pag. 01219/01220 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Pag. 01605/01606 - carta_03 - INVALIDEZ

00070803



Carta nº 14957772





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

Pag. 00421/00422 - carta_31 - INVALIDEZ

00050211



Carta nº 15028897





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: Senezinho Tanazas 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: Senezinho Tanazas de Sousa Salgueiro 6 - CPF: 92809466487
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua José do Alentejo 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: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Brasileiro (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: 676790 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 (valentes)? 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) _____

09/09/2019





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: 92809966487 4 - Nome completo da vítima: Senerino Tavares de Sousa Salimho

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 Salimho 6 - CPF: 92809966487
7 - Profissão: Agente 8 - Endereço: Rua José de Oliveira 9 - Número: 136 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: 13 - novo 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83988547538

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: _____

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

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

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

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

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 (se 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: Guarabira PB 16/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Senerino Tavares de Sousa Salimho
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

00000000000000000000



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	Responsável pelo Levantamento do Acidente JOSÉ DE ARIMATEIA MARIANO DA SILVA					Posto/Graduação 3º SARGENTO
Horários	Acionamento 02:20	Chegada ao Local 02:35	Horário 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 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		
CONDUTOR (I)						
Nome SEVERINO TÁVARES DE SOUZA SOBRINHO						
Sexo MASCULINO	Nascimento 17/11/1974	RG 708875	Registro CNH nº 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 XXXXXXXXXX	Usava Cinto XXXXXXX	Usava Capacete SIM	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO FOI POSSÍVEL			Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB			
VEICULO (I)						
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 XXXXXXXXXX			
Condições do veículo antes do acidente						
VERSAO DO CONDUTOR (II)						
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 (I)						
CONDUTOR (II)						
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 (II)						
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 DA PARAIBA
 2ª CPTURB/2º BPTURAN
 Esta cópia é fiel
 reprodução da original
 Em, 28/06/2019
 [Assinatura]



VERSAO DO CONDUTOR 02

CIENTE: _____ TELEFONE: _____
 ASSINATURA DO CONDUTOR 01 _____

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 _____

VEICULO 03

Marca/Modelo _____ Espécie _____ Placa _____ Categoria _____ Município _____ UF _____
 Nome do Proprietário _____
 Seguradora _____ Bilhete Nº _____ Renavam _____ Data de Emissão _____
 Condições do veículo antes do acidente _____

VERSAO DO CONDUTOR 03

CIENTE: _____ TELEFONE: _____
 ASSINATURA DO CONDUTOR 01 _____

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 - SPTRAN
 Esta cópia é fiel
 reprodução da original
 Em, 11/10/2019
 Assinatura - MBI

Guarabira-PB 10/09/2019.

[Handwritten Signature]
 SGT. MARIANO Responsavel pelo Levantamento

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROF. DR. JOÃO F. SOUSA



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

VERSAO DA TESTEMUNHA 01

CIENTE: ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE:

TESTEMUNHA 02

Nome				
Endereço				
Sexo	Nascimento	Identidade nº	Orgão Emissor	UF

VERSAO DA TESTEMUNHA 02

POLICIA MILITAR DA PARAIBA
2ª CPTRAN - BPTRAN
Está cópia é fiel
reprodução da original
Em, 11/09/19
[Assinatura]
ASSINATURA

CIENTE: ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE: 10 OUT. 2019



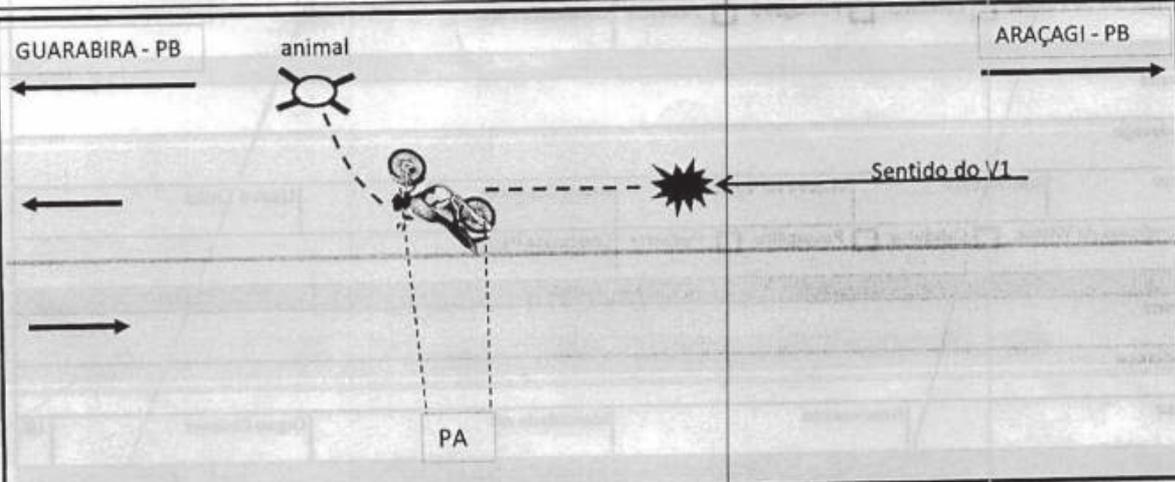


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
 COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPR-I CPR-II)
 BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIARIO
 BOLETIM DE OCORRENCIA DE TRANSITO - BOAT



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 14,5 Eixo Traseiro 13,5 metros para(PA)
 V2 Eixo Dianteiro Esquerdo Eixo Dianteiro Esquerdo metros para(PA)



DESENHO ILUSTRADO NÃO OBEDECE A ESCALA

AUTOMÓVEL	VEÍCULO 2 RODAS	PRISMAÇÃO OU DEFORMAÇÃO	ANIMAL
ÔNIBUS OU CAMINHÃO	MARCHA A FRENTE	CAPTAGEM	LOCAL ACIDENTE P I
V. PARADO/ESTACIONADO	MARCHA A RE	PEDESTRE	OBJETO FROD
		ANTES DE ACIDENTE	APÓS ACIDENTE

V1

POLICIA MILITAR DA PARAIBA
 2º CPTRAN - BPTRAN
 Está cópia é fiel
 reprodução da original
 Em, 11/09/19
 Assinatura - Mtd

GUARABIRA-PB,

10/09/2019.

SGT. MARIANO
 RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO

10 OUT. 2019

PROTOCOLADO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 928099664-87 4 - Nome completo da vítima: Senezinho Tamariz 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: Senezinho Tamariz de Sousa Salgueiro 6 - CPF: 92809966487
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua José do Alencar 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: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: 676790 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 resíduo (herança)? 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) Senezinho Tamariz de Sousa Salgueiro
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO
USB 49

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA 28/10/19	OCORRÊNCIA Nº 248770	PACIENTE/USUÁRIO Suelio Moreira Torres	IDADE 44 anos	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DE OCORRÊNCIA Rua da Maracujá - Em frente a Prefeitura		BAIRRO PB-057		MÉDICO REGULADOR Dr. Marcia
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 OCORRÊNCIA): 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"/> PALIDO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICO	<input type="checkbox"/> ICTÉRICO	<input type="checkbox"/> SUDOREICO
<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA	<input type="checkbox"/> ISOCÓRICO	<input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO	<input type="checkbox"/> MIÓTICO
<input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL	_____		
<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> HEMATÊMESE	<input type="checkbox"/> HEMOPTISE
		<input type="checkbox"/> TCM	<input type="checkbox"/> TRM
		<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO
		<input type="checkbox"/> ENTORSE	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO
		<input type="checkbox"/> FACE	<input type="checkbox"/> PCR
		<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO
		<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA
		<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO
		<input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	<input type="checkbox"/> QUEDA MOTO
		<input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros	
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL			

DESTINO Local 1 HEETSHL Responsável X Dr. Claudino Junior Função MR Cirurgia Geral
Local 2 _____ Responsável _____ Função _____
CRM - PB 9985

DADOS VITAIS
VVAA: livre Obstruída / RESPIRAÇÃO: <30irpm >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal / PAS: 90mmHg
 < 90mmHg / PA: 110/80 PC: 110 FR: 18 TEMPERATURA: 36,5 GLICEMIA: 110+ E. COMA: 15
SPO2: 97+

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Deficiência relacionada ao trauma

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO Plano de cuidados com traumas, consciente, orientado, sem alterações, movimentos fisiológicos, MMSS e MMII, apresenta dor de cabeça em nível de referência do trauma, com nível de consciência.

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM Neg. perda de consciência e vômito. Encaminhado ao HEETSHL conforme protocolo (011-3300).

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Gleicyanne COREN: 145849 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
CONDUTOR: Cláudio

RECUSA NOME: _____ RG: _____ ASSINATURA: _____ TESTEMUNHA: Gleicyanne Ferreira COREN-PB 145849-ENF

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

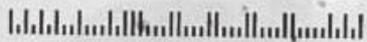




PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



033318



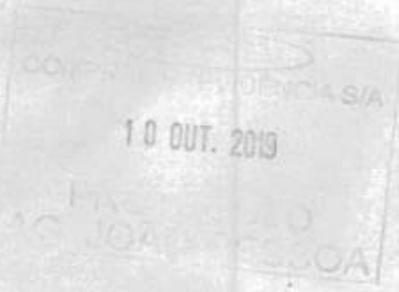
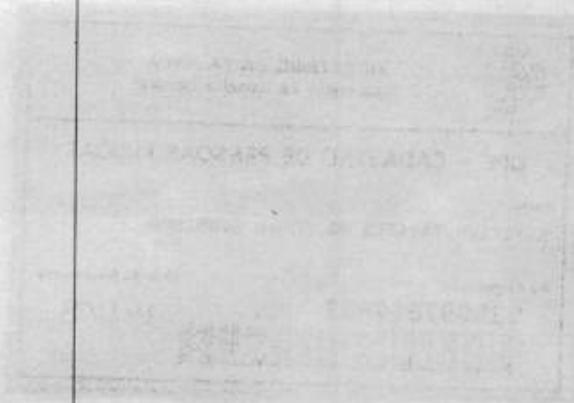
SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO
LUIZ JOSE DE OLIVEIRA 136
NOVO
GUARABIRA - PB
58200-000

AR

Data de Produção : 26/07/2019



FB991.356757BR





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

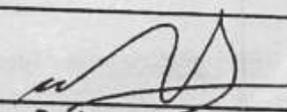
RESULTADOS DOS EXAMES:

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

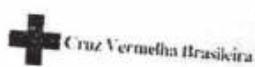

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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://72.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?performar=1>
 → WAMOROSA (JUANIN)
 8119-5814 → BERMÃO (ROMULSON)

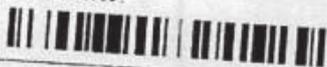


Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1173519



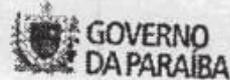
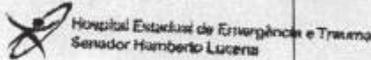
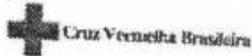
Identificação do paciente			
ID 1418608	Nome SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44 anos 7 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe RAIMUNDA SOARES DE SOUSA		Estado civil	Religião
Escolaridade		Paí	
DDD Celular 83	Celular 999999999	Responsável (Parentesco) 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
		CBO/R	
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			
Classificação de risco		Clinica	
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	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente trazido da pelo SAMU de Guarabira, vítima de acidente moto x animal. LATE, queixando-se de dor abdominal e punção, aumento de os crx. - <i>[assinatura]</i>			
Diagnóstico			
Atendido por RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA			CD

Imprimir

10 OUT. 2019

PROTOCOLO





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE 1173519	Data/Hora Entrada 28/06/2019 05:38:03	Data Baixa
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44a 7m 11d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (63) 999999999
Mãe RAIMUNDA SOARES DE SOUSA			Prontuário
Endereço JOÃO PESSOA, 43, SN	Bairro CENTRO	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cona. Regional 9965/PB
Data/Hora Classificação 28/06/2019 05:36:03		Data/Hora Prescrição 28/06/2019 05:54:42	

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, COLLINA 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 TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

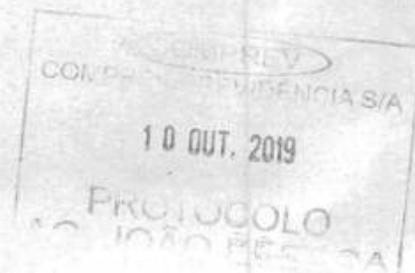
Em observação

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - Pê 9965

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9965/PB)

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



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

Paciente SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE 1173519	Data/Hora Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Baixa
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44a 7m 11d	Sexo Masculino	CNS
Nome RAIMUNDA SOARES DE SOUSA			Telefone de Contato (83) 999999999
Endereço JOÃO PESSOA, 42, SN			Prontuário
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Serviço CENTRO	UF PB
Data/Hora Classificação 28/06/2019 05:36:03		Município GUARABIRA	Nº Cons. Regional 12150/PB
		Profissional DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	
		Data/Hora Prescrição 28/06/2019 09:03:53	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA PELC SAMU, QUEIXANDO DE DOR ABDOMINAL, EM HEMITÓRAX ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALEIA 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. NÓRMENSO. NÓRMOCÁRDICO E EUGLUCÊMICO. ABDOME SEMIGLOBOSO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL. D. GLASGOW 10. FUR: AS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: ESCORIAÇÕES EM MMSS E EDENA 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 -> Paciente reavaliado, com dor abdominal difusa, disculca 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 perihépatico, perisplênico, 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 aortoiliaca. Vela cava inferior de aspecto habitual. Prontuário utilizado. Bexiga com moderada distensão e conteúdo homogêneo"

MEDICAÇÃO

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

SANGUE E DERIVADOS

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES, (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

S36.9 - 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 ACP - em 28/06 2019 05:36:39

COMPANHIA SIA

10 OUT. 2019

FRANCISCO



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE 1173519	Data/Hora Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Baixa
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44a 7m 11d	Sexo Masculino	CNS
Mãe RAIMUNDA SOARES DE SOUSA	Bairro CENTRO	Município GUARABIRA	Telefone de Contato (83) 981493165
Endereço JOÃO PESSOA, 43, 8N	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	Prontuário
Acidente MOTO X ANIMAL		Data/Hora Prescrição 28/06/2019 11:54:15	UF PB
Data/Hora Classificação 28/06/2019 05:36:03			Nº Cons. Regional 12150/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, CEFALEIA 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 resvalado, com dor abdominal difusa, disculida 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 Q2CH. 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 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 aortoaólica. Veia cava inferior de aspecto habitual ao protocolo utilizado. Bexiga com modelado esférico 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 hemostasia do meacorão, 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 JSPA. Internação: Aguarda 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 (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)
- AGUA 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 80MG ML 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., 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
- CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, COM SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 75,0)
- GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUVEL ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE HGT < 70 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 400,0)

COMPARTILHADO
10 OUT. 2019
PRONTO-SOLUÇÕES
AGENCIAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: CARLOS
MAGALHAES FRANCA
Em: 01/07/2019 10:46:27

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 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 MEDICA (CARLOS MAGALHAES 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

Handwritten signature and stamp: Carlos Magalhães Franca, CRP 009.992/92

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

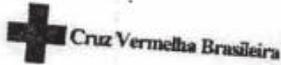
Número Conselho: 3792

COMPROVANTE DE PRESENCIA S/A
10 OUT. 2019
FRENTE ÚNICO
AG. JOAO PESSOA



30/06/2019

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



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: 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 43m In		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 40m In		Permanência no Leito: 1d 17h 43m In

EVOLUÇÃO MEDICA (CARLOS MAGALHAES FRANCA - 30/06/2019 07:15:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

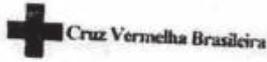
02ºDPO LE +RAFIA DE MESOCOLON
PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXAS DE DORES EM ABDOME E ADIACENCIAS, ABDOME FLACIDO,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OK

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

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 8279
033.003732
Número Conselho: 3792

COMPANHIA S/A
10 OUT. 2019
FRANCISCO
AL. JOAQUIM 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: 29/06/2019 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 MAGALHAES FRANCA - 29/06/2019 06:17:14)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

01º DPO 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 Franca
CRM-08-192
033 003714

Número Conselho: 3792

COMPANHIA PARANAENSE DE S.A.
10 OUT. 2019
FRANCO
AG. JOAO FERREIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

1773519
RECIBO

Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO BE/Prontuário: 1773519
 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: MRI 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	Codigo
<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 Marques da Silva + Dr. José Carlos João Pessoa, 28/06/2009
MARCO FURTADO + Dr. Marcos Furtado
 CRM-PB 2150

COMPROVAÇÃO DE PREVIDENCIA SIA
10 OUT. 2019
AG. JOAO PESSOA



HEETSKL

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 28/06/19

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Sergio Tavares de S. Silva SEXO: M COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL - PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: 92kg GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: Norm > 8h ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

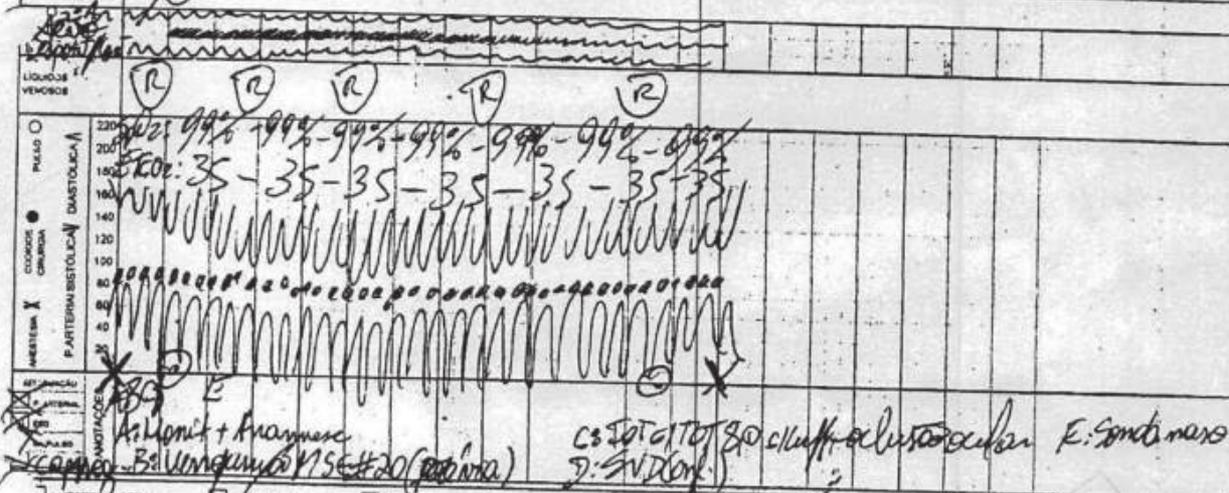
CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

CIRURGIÃO: Dr. Max Camargo AUXILIARES: Dr. Marcos Furtado

INÍCIO DA ANESTESIA: 9:30h TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: CPF: CRM-PB:



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLECO BLOCO NERVOS OUTROS

DRUGS: Dr. Max Camargo

USUANDO: As Monit + Anamnes

USANDO: CS TOT 81 TOT 80 cluff. clusor. clusor E: Sonda naso

USANDO: D: SVDOK

USANDO	USANDO	USANDO
1 Midazolam 0,3mg	11 Propofol 10mg	19
2 Fentanyl 450ug	12 Diprion 10mg	20
3 Propofol 100mg	13 Cetarolone 100mg	
4 Cisatracurium 10mg	14 Ondansetron 0,2mg	
5 Succinilcolina 100mg	15 Alaginate 0,2g	
6 Remifentanyl 0,1amp (BIZ)	16 Polivina 10mg	
7 Ceftazidime 100mg	17	
8 Atropina 40mg	18	
9 Atropina 0,1amp + 0,1amp (dissol 0,6amp, mas 0,1amp utilizados)	19	
10 Protigina 0,1amp	20	

⊕ Sonda nasogástrica passada com sucesso, mas o Rx não estava funcionando no momento. Fizemos radiografia e solicitamos Rx quando voltou a funcionar.

⊕ Ex tubos tranqui e um dificuldade

⊕ Gaseometria venosa em anexo. Sem necessidade de correção no momento, devido à utilidade.



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) Paciente em DDH sob anestesia geral. 2) Asepsia + antisepsia + aposição de campos estêreis.
Incisão:	3) Incisão mediana xifóide. 4) Dr com afeite .
Achados:	4) Impossibilidade de capturar sangue livre na cavidade abdominal, hematoma retroperitoneal, hematoma do mesentério, contusão pancreática.
Conduta:	5) Laparotomia exploradora 6) Hemostasia do mesocólon. 7) Exploração da 2ª porção do duodeno, que não apresentava lesão de mesmo. 8) Aproximação da cavidade com SF 0,9% 9) Colocação de grelha de suporte nº 6.4. 10) Sutura dos planos musculares e fixação do grelha. 11) Curativo.
Fechamento:	Vide itens 10 e 11.
Observação:	Encaminhado para UTI. 18 JUN 2019

Médico/CRM: Diego Arley Gomes da Silva + Dr. José Carlos João Pessoa, 18/06/2013
+ Dr. Marcos Furtado.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

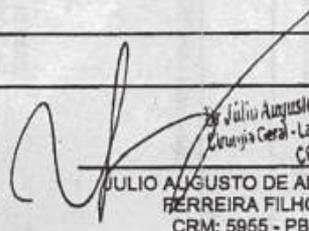


GOVERNO
DA PARAÍBA

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 F. Filho
Cirurgia Geral - Laparoscopia-Obesidade
CRM 5955

JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
CRM: 5955 - PB

COMISSÃO DE LICENCIAMENTO S/A
10 OUT. 2019
SUELIO MOREIRA TORRES





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
Cirurgia Geral - Laparoscopia - Obstetrix
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

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 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 08:32:49
Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1173519
Idade: 44

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 - CEP: 59555-5955
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 08:32:49
Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1173519
Idade: 44

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

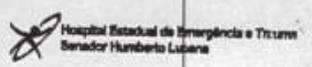
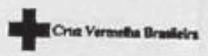
COMPREVE PREVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
FRANCISCO
AG. JOAO FERREIRA

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



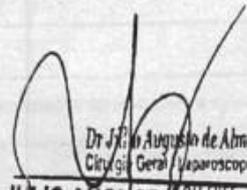
10 JUL 2019
EMERGENCIA S/A



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 F. Filho
Clínica Geral / Laparoscopia-Ocuidade

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 43905 Série 015 PB



Severino TAVARES de Sousa Sobrinho
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Severino TAVARES de Sousa Sobrinho
Loc. Nasc. Guaranhira Est. PB Data 17/11/77
Filiação João TAVARES de Sousa Sobrinho
Maria TAVARES de Sousa Sobrinho
Doc. Nº 10.170.8875 SSP PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ___/___/___ Doc. Ident. Nº ___
Exp. em ___/___/___ Estado ___
Obs.: ___
Data Emissão 28/11/05 DRT 210000

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA DESTRUTIVA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



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

Assinatura
Severino Tavares de Sousa Sobrinho
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em : 26/12/2019

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082393338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. REG. C.A.M. 20180200017229T QRCID
1 01057064170 00/0000000 2018

RAMILSON SOARES DE SOUSA

03402661470 QFI9277/PB

NOVO FB 9C2KC1670FR209776

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NO APLTE ALCO/GASOL

MARCA MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG150 START 2015 2015

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR/PREC DOMINANTE
2 E/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª
IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª
3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P R A G O 18/09/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORT. OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFER. O

ARACAGI - PB LOCAL DATA
41921 04/10/2018
41054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DPVAT

PB Nº 014082393338 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/10/2018

03402661470 QFI9277/PB

01057064170 HONDA/CG150 START

2015 9 9C2KC1670FR209776

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DEN. DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** 1,75 *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) (R\$) (R\$)
***** SEGURO P A G O

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO
18/09/2018

SEGURO LIDER DPVAT
CNPJ 06.249.608/0001-04

41054-0855151-20181004

COMERCIAL CASA

10 OUT. 2019

FRA. GODO
M. JOAO 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 LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FABRICAÇÃO 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

• 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\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/09/2019

IDENTIDADE 1709875

ASSINATURA Suelio Moreira Torres da Silva

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 SOBRINHO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA 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 SOBRINHO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA 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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

CPF de: Próprio

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

SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo: 08043724320198150181

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de seqüela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexos de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 23 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

