



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
34750488	25/09/2020 10:41	Petição	Petição
34750491	25/09/2020 10:41	2692242_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
34750492	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





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:41:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510413679100000033220623>

Número do documento: 20092510413679100000033220623

Num. 34750491 - Pág. 2



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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 9280 94664-87	4 - Nome completo da vítima: Santelmo Tantaros 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:		6 - CPF:	
Sereirino Tavares de Sousa Saldanha		92809966487	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Rua José de Oliveira	136	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
B. novo	Guaraliera	VB	58200-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
	11 -		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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ **CONTA POUÇANÇA** (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)

Informe o BANCO: _____

AGÊNCIA: [] [] CONTA: 67679 [A] 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 contestar-lhe, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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	38 - 1ª Nome: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura da testemunha
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarulhos PB 11/09/2019
de sergio sabirlio
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

תאריך: 10/10/2019





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:

4 - Nome completo da vítima:

9280 94664-87

Senerino Tavares de Sousa Salimão

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 Salimão

6 - CPF:

92809466487

7 - Profissão:

Agricultor

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:

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:

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10000000000000000000



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





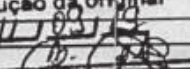
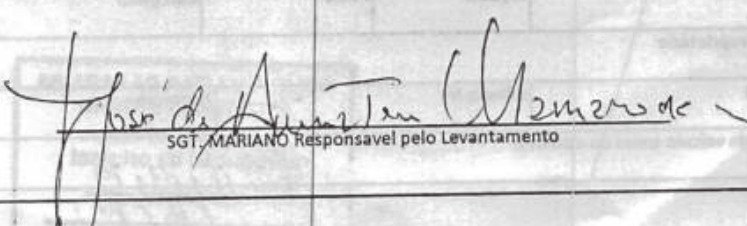
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPR-I CPR-II)
BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIARIO
BOLETIM DE OCORRENCIA DE TRANSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE						
Nº BOAT 55/2019	Responsavel pelo Levantamento do Acidente JOSÉ DE ARIMATEIA MARIANO DA SILVA					Posto/Graduação 3º SARGENTO
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 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 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 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 XXXXXXXXXX		
Condições do veículo antes do acidente						
VERSÃO DO CONDUTOR: 01						
TRANSITAVA NA RODOVIA NO SENTIDO ARAÇAGI A GUARABIRA - PB, QUANDO UM ANIMAL (CAVALO) INVADIU A VIA VINDO A OCORRER O ACIDENTE.						
CIENTE: _____ TELEFONE: _____						
ASSINATURA DO CONDUTOR 01						
CONDUTOR 02						
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 DA PARAIBA
2ª CPT/TRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 11/07/19



VERSAO DO CONDUTOR 02						
CIENTE: _____				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			
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: _____						
CONSTATADO						
<p>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.</p>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> POLICIA MILITAR DA PARAIBA 2º CPTRAN - SPTRAN Esta cópia é fiel reprodução da original Em, <u>11/09/2019</u> Assinatura - Mst.  </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> <p>Guarabira-PB 10/09/2019.</p> <p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>10 OUT. 2019</p> </div> <div style="text-align: center;">  SGT. MARIANO Responsável pelo Levantamento </div> </div>						



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					
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

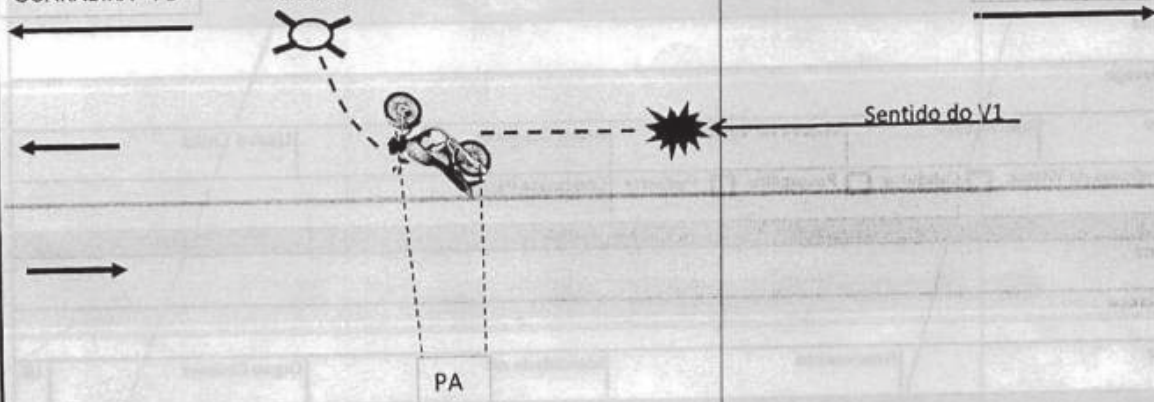
V1 Eixo Dianteiro 14,5 Eixo Traseiro 13,5 metros para(PA)

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

GUARABIRA - PB

animal

ARAÇAGI - PB



DESENHO ILUSTRADO NÃO OBEDECE A ESCALA



AUTOMÓVEL



VEÍCULO 2 RODAS



PINTAGEM OU DESENHAGEM



ANIMAL



ÔNIBUS OU CAMINHÃO



MARCHA A FRENTE



CAPTAGEM



LOCAL ACIDENTE P I



V. PARADO/ESTACIONADO



MARCHA A RE



PEDESTRE



OBJETO FRO



ANTES DE ACIDENTE



APÓS ACIDENTE



GUARABIRA-PB,

10/09/2019.

COMPRESSO
REVIDENCIA SIA

10 OUT. 2019

SGT. MARIANO
RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO





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:

4 - Nome completo da vítima:

928094664-87

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:

6 - CPF:

Senezinho Tanazas de Sousa Salgueiro

928094664-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

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 POUPEIRAS (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

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 residência (aluguel)?

☐ 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:

Guarulhos, PB 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROF. 004.10000.2010



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - GUARABIRA

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO
USB 49

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA	OCCORRÊNCIA Nº	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
02/10/19	24877100	Suelio Moreira Torres	44 anos	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DE OCORRÊNCIA			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR
Rua da Maracá - Em frente a Prefeitura			PB-057	Dr. Marcia
Apoio no Local	PM	Resgate/Bombeiros	Resgate/PRF	SPTRANS
QTA	Socorrido por terceiros	Recusou atendimento	Socorrido pelo Bombeiro	Local não encontrado
Outro				

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

- ANTECEDENTES

- TIPO DE 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 FRIA	<input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE
<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO <input type="checkbox"/> MIÓTICO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO
<input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	<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

Local 2

Responsável X

Dr. Claudino Junior
MR Cirurgia Geral
CRM - PB 9985

Função

Função

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Dor aguda relacionada ao trauma.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente de colisão moto x animal, consciente, orientado, sem alterações físicas, sinais vitais estáveis, MMAS e MMEE, apresenta dor no local da colisão, não há sinais de fratura, ferimentos ou queimaduras.

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: Não perde a consciência e nem se machuca. Encaminhado ao HEETSHL conforme protocolo (011-3333).

O enfermeiro e o técnico em enfermagem foram orientados pelo SAMU 192 sobre o protocolo de atendimento ao paciente em trauma, sendo encaminhados ao HEETSHL para atendimento.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Gleicyanne Ferreira COREN: 145849

CONDUTOR: Gleicyanne Ferreira

COREN:

Gleicyanne Ferreira
COREN PB 145849-ENF

RECUSA

NOME:

ASSINATURA:

RG:

TESTEMUNHA:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

SAMU 192 - GUARABIRA

Página 36

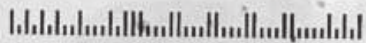


PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



033318



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

AR

Data de Produção : 26/07/2019



FB991356757BR

COMPANHIA PREVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
MARCADO
AC JOAO PESSOA





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

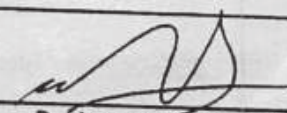
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: borramento e densificação dos planos adiposos no epigástrico e mesogástrico, 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

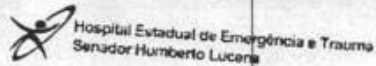
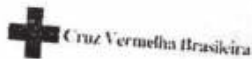

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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>
 8119-5814 -> AMOROSO (IVANIN)
 8119-5814 -> BRMJO (ROMULSON)



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

Boletim de Atendimento: 1173519



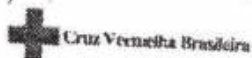
Identificação do paciente			
ID 1419608	Nome SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/11/1974	Idade 44 anos 7 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe RAIMUNDA SOARES DE SOUSA		Paí	Prontuário
Escolaridade			
DDD Celular 83	Celular 999999999	Responsável (Parentesco) O MESMO - 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			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente trazido da pelo SAMU de Guarabira, vítima de acidente motor animal, 1075, queirando - u de da abdominal e punhos, a nome do os cns. - 1075.433			
Diagnóstico			
Atendido por RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA			CD ASA
			Tempo 36seg

Imprimir

10 OUT. 2019

PROTOCOLO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Data de nascimento
17/11/1974

Mãe

RAIMUNDA SOARES DE SOUSA

Endereço

JOÃO PESSOA, 43, SN

Acidente

MOTO X ANIMAL

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

BAE
1173519
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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

Município
GUARABIRA

Profissional

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JÚNIOR

Data/Hora Prescrição
28/06/2019 05:54:42

Data Baixa

Telefone de Contato
(63) 999999999
Prontuário

UF

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. D: 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 SANGÜÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TIPOLOGIA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

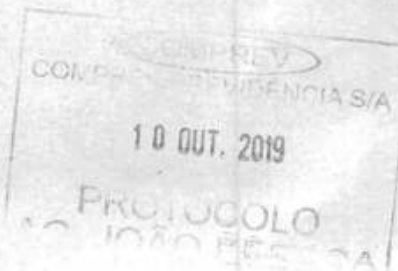
Em observação

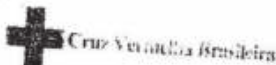
SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - PB 9985

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

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Secretário Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Paciente SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO	BAE 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			
Endereço JOAO PESSOA, 42, SN			
Acidente MOTO X ANIMAL	Serviço CENTRO	Município GUARABIRA	Telefone de Contato (83) 999999999
Data/Hora Classificação 28/06/2019 05:36:03	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	Prontuário
		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 HEMITÓRAX ESQUERDO E PUNHOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. AO EXAME: A. EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, CÔLUNA 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. PÊLVE ESTÁVEL. D. GLASGOW 15. FURFAS 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 -> Paciente reavaliado, com dor abdominal difusa, discusse 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 perihepático, perisplênico, na goteira parietocólica direita e na pelve. Figuras vesicais biliares 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. TC parietocólica utilizada. Bexiga com moderada distensão e conteúdo homogêneo".

MEDICAÇÃO

CONCENTRADO DE FENÍCIAS, 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)

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

REATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

GRUPO SANGÜÍFEO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RESERVA 02 CH)

SANGUE E DERIVADOS

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

Conduta

Em observação:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROTOCOLO

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

Diego Arley Gomes da Silva
MEDICO
CRM-PB 12150

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

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



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)

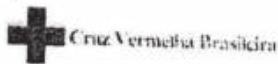
Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS ACP - em 28/06/2019 05:36:39

COMPANHIA SIA

10 OUT. 2019

FRANCISCO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 981493165

Prontuário

Mãe
RAIMUNDA SOARES DE SOUSA

Endereço
JOÃO PESSOA, 43, 8N

Acidente
MOTO X ANIMAL

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

Bairro
CENTRO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Município
GUARABIRA

Profissional

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA

Data/Hora Prescrição

28/06/2019 11:54:15

UF

PB

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, CEFALÉIA OU VÔMITOS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COLUMA 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 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 TÓRAX + 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, disculda 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 perihépato, 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 aortoaórtica. Veia cava inferior de aspecto habitual ao protocolo utilizado. Bexiga com modelado normal. Aorta abdominal normal. Hematoma do mesentério, contusão pancreática, não evidenciado sofrimento de alças. Realizada hemostasia da 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 JPA. 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)

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 60MG ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM DILUENTE (FRASCO 40MPOLA), 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, ACP 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)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

Número Conselho: 3792

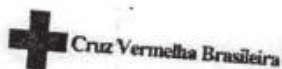
Carlos Magalhães Franca
03/06/2019

COMPETÊNCIA
VIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
FICUCULO
AG. JOAO DE



30/06/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pag/es/standimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=487814&dataInicial=30/06/2019 07:15:58&dataFinal=30/06/2019 07:15:58

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 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:

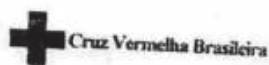
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

02ºDPO LE +RAFIA DE MESOCOLON
PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXAS DE DORES EM ABDOME E ADJACENCIAS, ABDOME FLACIDO,
DEPRESSIVEL E DOLOROSO, SEM IRRITAÇÃO, FO OKSeção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LETO EXTRA - 005
Profissional responsável pela informação: CARLOS MAGALHAES FRANCADr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 8796
033.003702
Número Conselho: 3792COM-FI
10 OUT. 2019

10 OUT. 2019

PROF. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 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
Tempo de internação 16h 44min	Convênio SUS		Prontuário 116605
Data de Entrada 28/06/2019 05:36:03	Data Internação 28/06/2019 13:33:42	Permanência na Unidade: 1d 41min	Plantão NOTURNO
			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 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-06-192
030 003712

Número Conselho: 3792

COMPANHIA ESTADUAL DE SAÚDE
10 OUT. 2019
FUNDADO
AG. JOAO FENOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO BE/Prontuário: 1173519
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28/06/19
 Clínica/Setor: ALA VERMELHA - CM. GERAL EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
 Cirurgião: DR. JOSÉ CARLOS 1º Assistente: DR. MARCOS FURTADO
 2º Assistente: DR. 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

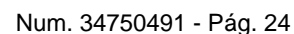
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Diego Arley Soares da Silva + Dr. José Carlos João Pessoa, 28/06/2009
CRM-PB 2150 + Dr. Marcos Furtado



() SERRA
 CIRCULANTE
 Fernando G. 455043
 (INC) A DEUT J



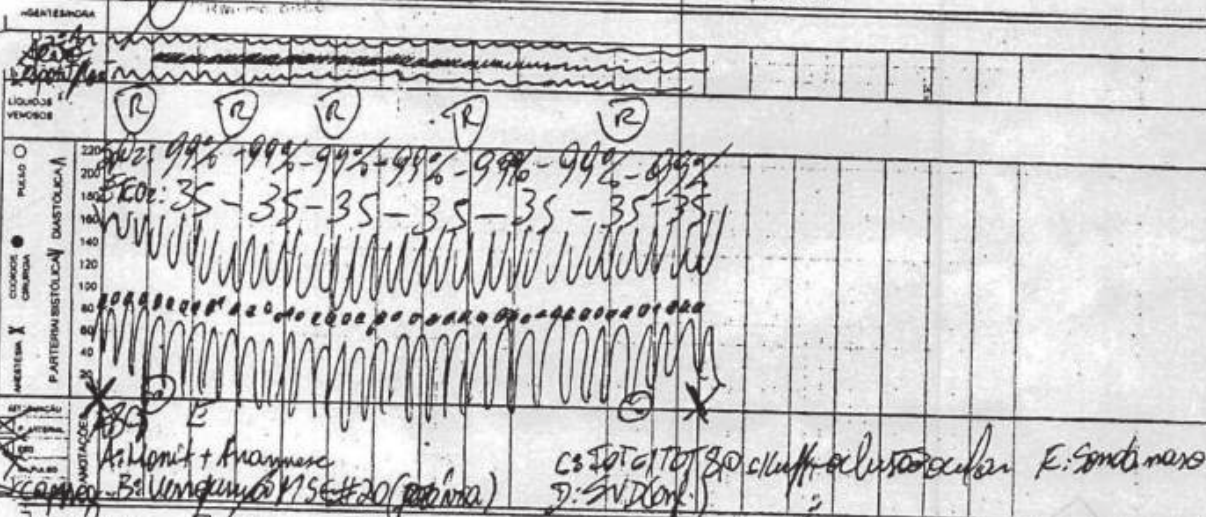
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 28.06.19

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Sergio Tavares de S. Silva</u>		DATA: <u>20/01/11</u>		PRONTUÁRIO: <u> </u>	
SEXO: <u>M</u>		COR: <u> </u>		IDADE: <u> </u>	
PRESSÃO ARTERIAL: <u> </u>		PULSO: <u> </u>		RESPIRAÇÃO: <u> </u>	
TEMPERATURA: <u> </u>		PESO: <u>92kg</u>		GRUPO SANGÜÍNEO: <u> </u>	
ESTADO GERAL: <u>X</u> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: <u>X</u> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES: <u> </u>					
AP. RESPIRATÓRIO: <u>OK</u>			AP. CIRCULATÓRIO: <u>OK</u>		
AP. DIGESTIVO: <u>sem > 8h</u>		ESTADO MENTAL: <u>LOTE</u>		DROGAS EM USO: <u> </u>	
PRÉ-ANESTÉSICO: <u> </u>		DOSE/HORA: <u> </u>		ESTADO FÍSICO (ASA): <u>II</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u> </u>					
CIRURGIA REALIZADA: <u>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</u>					
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jay Campos</u>		AUXILIARES: <u>Dr. Marcos Furtado</u>			
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>9:30h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>11:30h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u> </u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u> </u>		QUANT. DE CH.: <u> </u>		VALORES R\$: <u> </u>	
ANESTESISTA: <u> </u>		CPF: <u> </u>		CRM-PB: <u> </u>	



ANESTESIA GERAL		<input type="checkbox"/> RÁPIDA/DIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TÉCNICA USAR	<i>Sí - oxigênio</i>					
QUANTIDADE	<i>Oral 100g, intravenosa 80ml, tot 180ml; inalatório VPM máxima</i>					
NOME DO PACIENTE	<i>Filipe de Fátima</i>					
DATA	<i>19/07/2014</i>					
LOCAL	<i>Unidade de Anestesia e Materiais Usados no Atq. Anestésico</i>					
DIAGNÓSTICO	<i>Midriplam 03mg</i>					
PREPARADO	<i>2 Fentanil 450ug</i>					
DOSE	<i>3 Propofol 100mg</i>					
VOLUME	<i>4 Cisatracurium 10mg</i>					
TOTAL	<i>5 Succinilcolina 100mg</i>					
DESCRIÇÃO DO PACIENTE	<i>6 Remetivazol 01amp. (BIZ)</i>					
<input type="checkbox"/> APTX	<i>7 Clonazepam 400ug</i>					
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	<i>8 Valproato 40mg</i>					
<input type="checkbox"/> UTI	<i>9 Atropina 01amp + 04amp (aberta 06amp., mas 04amp. utilizadas)</i>					
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<i>10 Proripnolol 04amp</i>					
OUTROS						
OBSERVAÇÕES						

④ Sonda nasogástrica passada e suceno, mas o Rx está quebrado no momento. Fizemos radiografia e solicitamos Rx quando voltar a funcionar.
 ⑤ Extubado tranquilo e sem dificuldades.
 ⑥ Gasometria venosa em anexo. Sem necessidade de correção no momento, devido à estabilidade.



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>① Paciente em DDH sob anestesia geral.</p> <p>② Azeite + antiseptico + aposição de campos estêreis.</p>
Incisão:	<p>③ Incisão mediana xifóide.</p> <p>④ De cima para baixo.</p>
Achados:	<p>⑤ Imagem da cavidade: sangue livre na cavidade abdominal, hematoma retroperitoneal, hematoma do mesentério, contusão pancreática.</p>
Conduta:	<p>⑥ Laparotomia exploradora</p> <p>⑦ Hemostase do mesocólon.</p> <p>⑧ Exploração da 2ª porção do duodeno, que não apresentava lesão de mesmo.</p> <p>⑨ Ligadura da cavidade com SF 0,9%</p> <p>⑩ Colocação de drenos de sucção nº 6,4.</p> <p>⑪ Sutura dos planos musculares e fecho da pele.</p> <p>⑫ Curativo.</p>
Fechamento:	<p>Vide itens 10 e 11.</p>
Observação:	<p>Encomenda presente à UPA.</p>

Médico/CRM: Diego Arley Gomes da Silva
CRM 12150

+ Dr. João Carlos
 + Dr. Marcelo Furtado.

João Pessoa, 28/06/2013





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

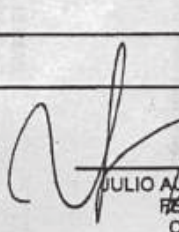


GOVERNO
DA PARAÍBA

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 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			

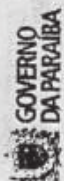
Data: 02/07/2019


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

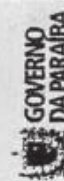




Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Cruz Vermelha Brasileira



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 - Assistente
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.

COMPREVE PREVIDENTE S/A
10 OUT. 2019

PROTOCOLADO
AG JOAO FERREIRA

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

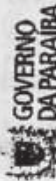




Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO
Data: 02/07/2019 08:32:49
Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1173519

Idade: 44

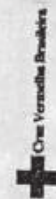
ATESTADO MEDICO

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
28/8/2019.
CID S31.1

Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Clínica Geral - Lapa - Lapa - Lapa - Lapa
CNPJ 0955

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
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
28/8/2019.
CID S31.1

COMPREV PREVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
FRAJOCOLO
AG. JOAO FERREIRA

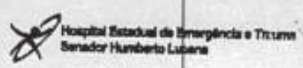
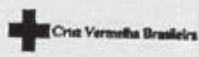
Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Clínica Geral - Lapa - Lapa - Lapa - Lapa
CNPJ 0955

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



07072020
10 OUT 2019
V/S VIGILANCIA 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
Cirurgia Geral / Laparoscopia-Oncologia

Dr. JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
5955/PB

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





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA .2

Número 43405 Série 045 PB



Severino TAVARES DE SOUSA SOBRINHO
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Severino TAVARES DE SOUSA SOBRINHO
Loc. Nasc. Guarabira Est. PB Data 12/11/77
Filiação João TAVARES DE SOUSA FILHO
Maria da Glória de Sousa
Doc. Nº RG 1708875 SSP PB

ESTRANGEIROS

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/PIG

SEVERINO TAVARES DE SOUSA SOBRINHO

CARTÃO DE IDENTIDADE

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 SOUZA SOBRINHO

SEVERINO TAVARES DE SOUZA 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. CANT. DATA DE EMISSÃO
1 01057064170 00/00000000 2018

RAMUILSON SOARES DE SOUSA

03402661470

QFI9277/PB

NOVO PB 9C2KC1670FR209776

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO AFETE ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 START

ANO FAB. ANO MOD.
2015 2015

CAPOT/CIL.
2 E/149

CATEGORIA
PARTIC

COR/PREDOMINANTE
VERMELHA

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

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
222222 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 18/09/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTA OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARACAGI - PB

DATA
04/10/2018

41921

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO 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 DE EMISSÃO
2018 04/10/2018

03402661470

QFI9277/PB

01057064170 HONDA/CG150 START

ANO FAB.
2015

DATA
9

9C2KC1670FR209776

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

PAGO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO
18/09/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.249.608/0001-04

01054-0855151-20181004

10 OUT. 2019

FELICIANO
JOÃO PESSOA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

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

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

- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/09/2019

IDENTIDADE 1408875

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

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 S/A
SOBRINHO

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: SEVERINO TAVARES DE SOUZA SOBRINHO

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 nexo 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 nexo 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 nexo 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 sequela 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



ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO 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 nexo 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

