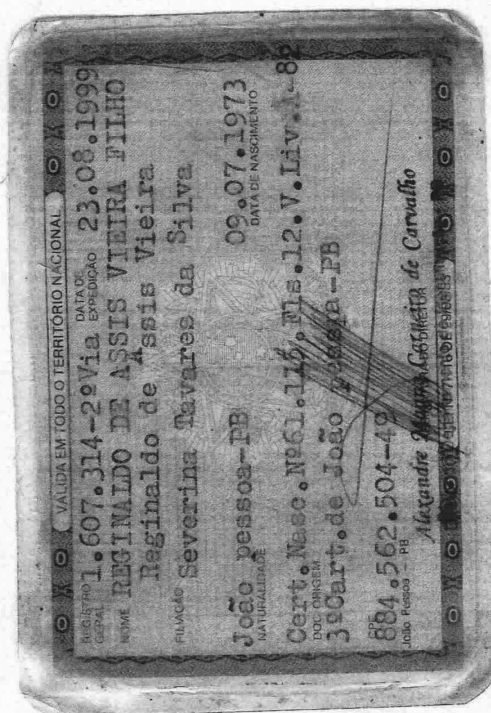
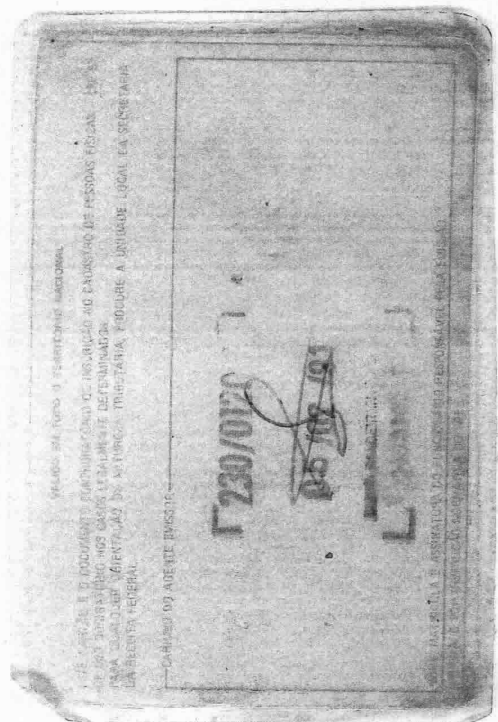
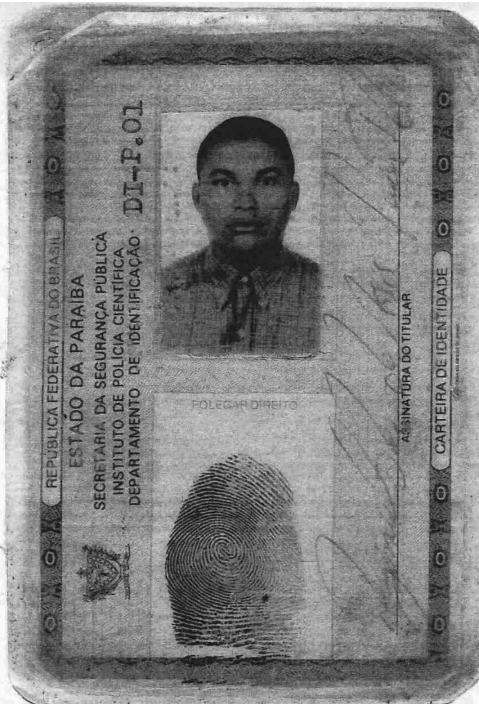
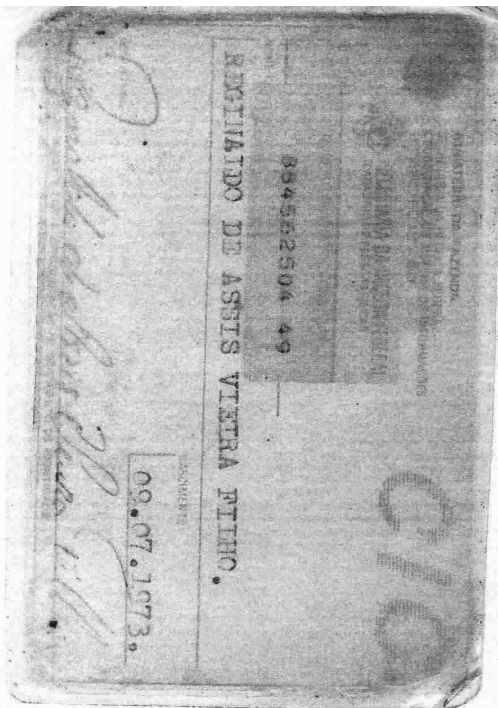




COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

OUTORGANTE: REGINALDO DE OSSIS FILHO
(nacionalidade) BRASILEIRO, (estado civil) CASADO
(profissão) VIGILANTE, portador do RG nº 1607314, SSP/PB,
inscrito no CPF nº 884562504.49, residente e domiciliado (a) na HILTON
BUENES PEREIRA, nº 186, Bairro CRISTO REDENTOR
CEP 58071630, na cidade de JOÃO PESSOA - PB
Endereço eletrônico: NÃO POSSUI

OUTORGADO: Luciano da Silva Menezes, divorciado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.228, contato: (83) 98873-3522 com endereço eletrônico: lucianosilvamenezes.adv@gmail.com; com escritório profissional situado na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60 – Bairro dos Estados, CEP 58030-050, João Pessoa - PB, onde deverão receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui seus bastantes procuradores supracitados, aos quais confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, inclusive com a cláusula "ad judicium et extra judicium", a fim de que possam defender os interesses e direitos do (a) outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia (em especial junto ao INSS) ou Entidade Paraestatal, Instituição Financeira Pública ou Privada, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja parte interessada, podendo requerer documentos e benefícios, receber citação e intimações, fazer notificações judiciais e extrajudiciais, retirar documentos, laudos e prontuários médicos no HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e retirar documentos, laudos e prontuários médicos no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity (Ortotrauma Mangabeira) em João Pessoa, reclamar, requerer justiça gratuita, conciliar, desistir, renunciar direitos, transigir, recorrer, levantar alvarás junto à Caixa Econômica Federal e/ou Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Requer que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados acima transcritos, sob pena de nulidade.

João Pessoa, 09 de 07 de 2019. Local e data
Reginaldo de Ossis Filho
Assinatura do Outorgante





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0513 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO	Posto/Graduação: Cabo/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. General Aurélio de Lyra Tavares	Hora 21:45	Bairro Alto do Mateus
Data da Ocorrência 21/07/2018	Dia da Semana Sábado	C/S Vítima (QT) Com/03
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo	Condições da Pista Seca
Tipo de Acidente Capotamento		Tipo de pavimento Asfalto
Controle do tráfego Pista Dupla		

CONDUTOR 01

Nome Francisco das Chagas Nunes Correia	Sexo Masculino	Nascimento	RG
Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB – Tel.(083)			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Fiat Pálio	Espécie Automóvel	Placa MNJ 7764	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Geraldo Fernandes de Lima					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012030345042	Renavan Nº 0078295747-1	Data da Emissão 31/07/2015		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: **25/09/2018**

ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT Nº 0513 - 2018

VÍTIMA 01

Nome Francisco das Chagas Nunes Correia	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
---	--------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB

Condição da Vítilma Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
--	---	---------------------------	----------------------------

VÍTIMA 02

Nome Alexandre Soares da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 10/11/1964	Viajava no Veículo Nº 01
--	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

Condição da Vítilma Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
--	---	---------------------------	----------------------------

VÍTIMA 03

Nome Reginaldo de Assis Vieira Filho	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
--	--------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo

Condição da Vítilma Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
--	---	---------------------------	----------------------------

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o C1 perdeu o controle do veículo, ultrapassou a guia do meio fio, atingiu a barreira e capotou.

Não foi possível coletar melhores dados dos ocupantes do V1 pois os mesmos recebiam atendimento médico.

Não havia marcas de frenagem.

Os dados das vítimas foram fornecidos pela recepção do Hospital de Trauma.

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

BATALHÃO DE TRâNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018
[Assinatura]


Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

AMARRAÇÕES

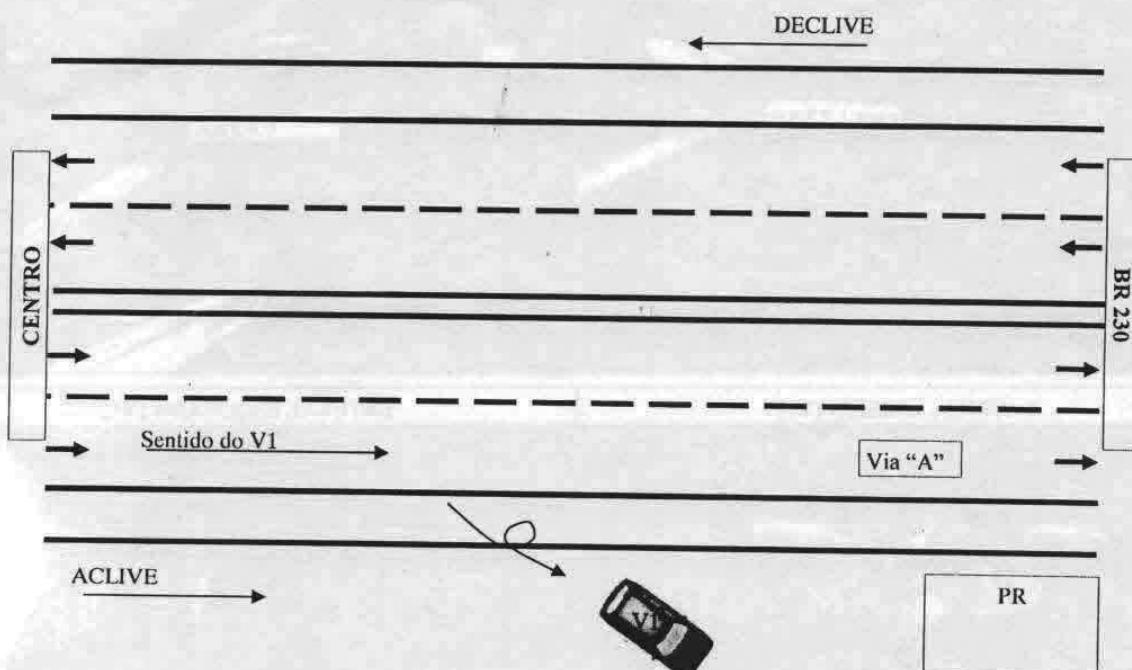
VIA "A" - Avenida Gal. Aurélio de Lyra Tavares 10,00 metros

PR (Ponto de Referência) Pousada Bandeirantes

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 02.50 e Traseiro Esquerdo 00.90 metros para (PA)

V2 (Veículo 02)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





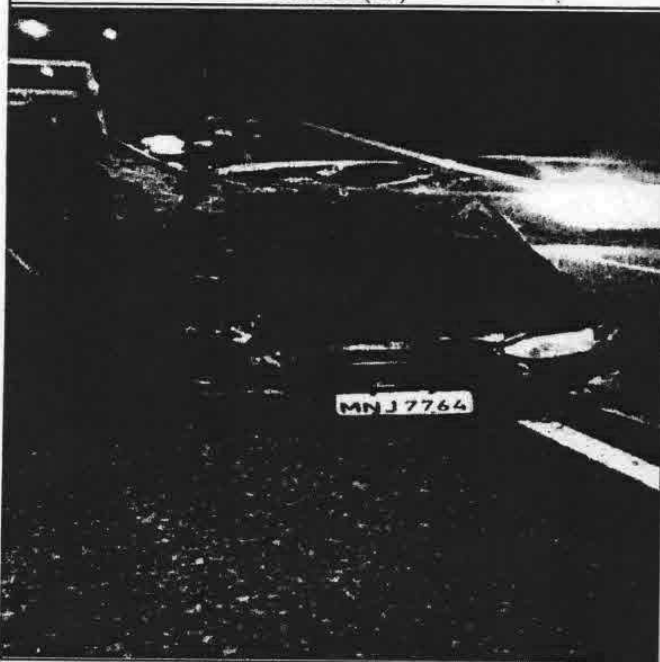
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



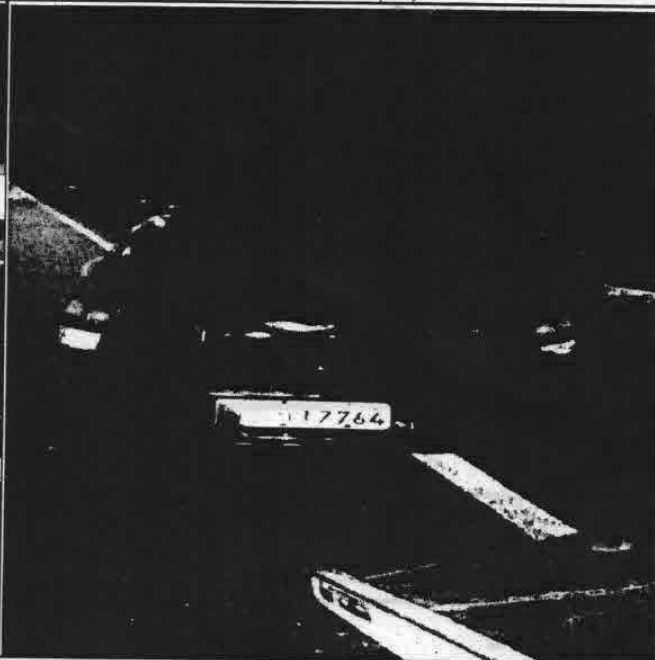
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/10/2018

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0513 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:

Fiat Pálio

Placa:

MNJ 7764

Responsável pelo Preenchimento:

CB Silva

Data:

21/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda	x			15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			18	Estrutura da coluna central direita	x		
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			19	Estrutura da coluna dianteira direita	x		
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita	x		
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita	x		
					Total Geral (Sim + NA)			09	

Observações: DANO DE GRANDE MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.

Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

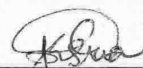
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018

CASIMIRO





VISTO EM: 28 / 08 / 18

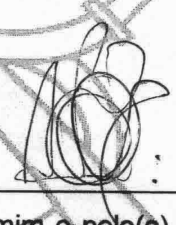

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 23 de Agosto de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0344/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/07/2018, conforme requerimento nº 0350/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h55min o/a Sr.(a) **REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**, CPF nº 884.562.504-49, vítima de acidente de (capotamento), ocorrido na Aceso Oeste, Alto do Matheus – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações nos membros inferiores, superiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JYARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
DADOS DE NASCIMENTO 09/07/73
NOME DA MÃE SEVERINA TAVARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.096.141
Nº PRONTUARIO 110.007
DATA DO ATENDIMENTO 21/07/18
HORA DO ATENDIMENTO 21:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D
CID 10 S 42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), há menos de 1 hora, trazido pelos Bombeiros, apresentando dores em ombro D com deformidade, edema e hematoma no braço D. Relato de está com aparente embriaguez. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro D - AP
RX do braço D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos Alberto e Dr. Sávio Bruno.

ALTA HOSPITALAR: 17/08/18
DATA DA EMISSÃO: 16/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUBHEF T-04
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	884562504-49	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		884562504-49	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	RUA MILTON GONDES PEREIRA	186	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA	PB	
E-mail:	Tel. (DDD):		
NAO POSSUI	(83) 991090883		

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 1010 CONTA: 000374619
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		☐ Sim ☐ Não
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa/PB, 27/05/19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

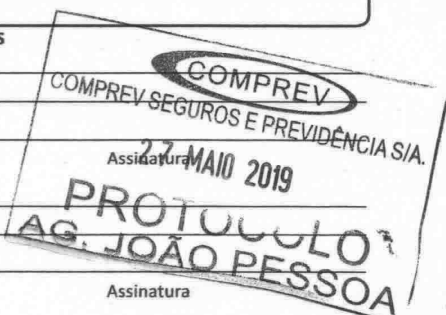
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

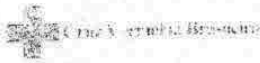
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Nome: <u>Reginaldo de A. V. RLC</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de crânio D</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Osteotomia e placa bloqueada</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>1º atendimento e 1º dia de 15.08.18 por</u> <u>Dr. Sérgio Alberto de S. S. S.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>17 de 01 de 18</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SISTEMA DE ATENDIMENTO

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1096141



Identificação do paciente

ID 1308705	Nome REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45 anos 12 dias	Prontuário
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA	Estado civil	Religião
Escolaridade	Pai REGINALDO DE ASSIS VIEIRA	Responsável (Parentesco) CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988873711	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento 1607314	Nº Cns
Local de residência ALTO DO MATEUS	UF PB	Tip BAIRRO
Email	UF PB	CBO/R
	UF PB	

Endereço

CEP 58071630	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 186	Complemento	Logradouro HILTON GUEDES PEREIRA
		Bairro CRISTO REDENTOR

Admissão

Data e Hora 21/07/2018 21:02:00	Número da pulseira 1000059891719	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação do ICD-9		Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	

Indicadores e Transporte

Caso judicial Não	Paciente de saúde Não	Veio de ambulância Não
Motivo da internação RESGATE - EMERGENCIA		Quem transportou

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

Exames complementares

Radiol []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Exame de radiol de abdome em decúbito lateral e de tórax em decúbito anterior. Exame de TC de crânio e de coluna cervical. Exame de ECG de 12 derivações. Exame de ultrassonografia de abdome em decúbito lateral e de tórax em decúbito anterior.

Diagnóstico

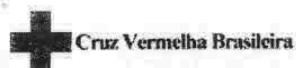
Atendido por
TRACIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Exame de radiol de abdome em decúbito lateral e de tórax em decúbito anterior. Exame de TC de crânio e de coluna cervical. Exame de ECG de 12 derivações. Exame de ultrassonografia de abdome em decúbito lateral e de tórax em decúbito anterior.

CID
Tempo
02min 12seg

21/07/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	BAE 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Baixa
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986873711
Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00		Data/Hora Prescrição 21/07/2018 22:38:21	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME APRESENTA DORES EM OMBRO DIREITO, COM DEFORMIDADE E EDEMA.

CONDUTA : INTENAMENTO PARA TTO. CIRURGICO

ORIENTADO POR DR. TIBERIO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 21/07/2018 21:34:12

URATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)



HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

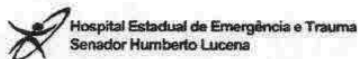
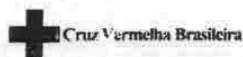
EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente


REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
Dr Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

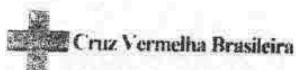
CNES: 6121221

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		BAE 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Baixa
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986873711
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA			Prontuário	
Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00			Data/Hora Prescrição 21/07/2018 21:44:21	
Anamnese				
#CIRURGIA GERAL#				
PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME:				
A: VIAS AEREAS PERVIAS, CERVICAL ESTÁVEL				
B: VENTILANDO BEM, TORAX INDOLOR, MV+ EM AHT, SEM RA				
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME INDOLOR, PELVE SEM SINAIS DE INSTABILIDADE				
D: GLASGOW 15, MOVIMENTOS DE EXTREMIDADES PRESERVADAS, PUPILAS ISOCORICAS				
E: HEMATOMA EM BRAÇO DIREITO, PROVAVEL FRATURA DE Umero				
CONDUTA: SOLICITO RX DE TORAX E RX DE BRAÇO DIREITO. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.				
CUIDADOS				
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA				
EXAME DE IMAGEM				
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)				
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO				
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta				
Em observação				

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



Impresso por: BRUNO D
LUNA ROMA
Em: 04/08/2018 13:47:49

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		Boletim de Atendimento 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110007
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 13:47:37)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DIAFISARIA DE UMER0

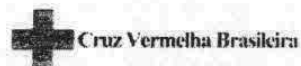
PACIENTE SEGUE INTERNADO REFERINDO FOR NO BRAÇO DIREITO,
EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO

CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL,

Seção: HTOP - APARTAMENTO 04 Leito: LEITO 01
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

BRUNO DE LUNA ROMA
MÉDICO
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 22/07/2018 11:32:30

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	Boletim de Atendimento 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 110007
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 22/07/2018 11:32:17)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE UMERU DIAFISARIO
PACIENTE BEM CLINICAMENTE
TROCO IMOBILIZACAO
AUMENTO ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PE 19492



Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



PACIENTE:	Reginaldo de		IDADE:
SETOR:	LEITO:	DATA: 10/10/19	HORA:

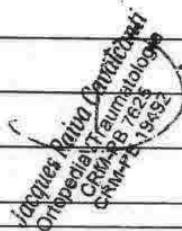
DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante).

Fratura de mero proximal

ESPECIFICAR MATERIAL:

Placa pinos longo



PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

2. AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO TÉCNICA:

CIÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA:

--

PREVISÃO DE AQUISIÇÃO, COORDENADOR(A) DO SETOR DE COMPRAS: (assinatura e carimbo)

1ª via SETOR DE COMPRAS - 2ª via PRONTUÁRIO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE **M.T.S.P.**

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **REGIMINO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

6 - DATA DE NASCIMENTO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - SEXO **Masc** ☒ **Fem** ☐

9 - N° DO PRONTUÁRIO **1096141**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____

23 - CID 10 PRINCIPAL _____

24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

31 - QTD. _____

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

34 - QTD. _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

37 - QTD. _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 3,5 BLOQUEADA PHILLUS

PLACA BLOQUEADA 9x12

PRONTUSO CORTICAL N° 28

PRONTUSO { N° 28 — 01 N° 45 — 02

BLOQUEADO { N° 36 — 01 N° 50 — 02

B. BROWN — AGULHA BLOQ. PRXO 50 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO **14/08/18**

41 - DOCUMENTO _____

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) **Dr. Carlos Alberto Menezes**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

47 - DOCUMENTO _____

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO BE/PRONTUÁRIO: 1096141
IDADE: _____ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: _____ DATA: 14/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO
CIRURGIÃO: DR CARLOS ALBERTO 1º ASS: DR. SAVIO
2º ASS: DR RENNA 3º ASS: MR1 DANIEL
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO (PHILOS)	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
_____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 14/08/2018





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Médico/CRM:  CRM 11114
João Pessoa,
14/08/2018

DESCRÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO DELTOPEITORAL E UMERU DISTAL - EM PONTE-
DIVULSÃO, DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAPISARIA DE UMERU DIREITO COMINUIDA
Condução:
REDUÇÃO INDIRETA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA UMERU
9X12 FUIROS + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOQUEADOS SOB ESCÓPIA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,5%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
Fechamento:
FECHAMENTO POR PLANOS ANATÔMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Observação:





DATA: J403/18

PRONTUÁRIO: 10.961.41

SEXO: M COR: IDADE: 45

Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 15/10/2019 16:53:32

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178077/19

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF: 884.562.504-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: REGINALDO DE ASSIS
VIEIRA FILHO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO : 884.562.504-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190346549

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
CPF: 884.562.504-49

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reginaldo De Assis Vieira FilhoDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 884562504-49

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 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 (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) 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 27/05/2019IDENTIDADE 1.607.314ASSINATURA Reginaldo de Assis

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: REGINALDO DE ASSIS FILHO
(Nacionalidade) BRASILEIRO (Estado Civil) _____
(Profissão) Autônomo Carteira de Identidade nº 1607314 (Orgão expedidor) SSP/PB (CPF) nº 884562504-49
residente e domiciliado na Rua HILTON GUEDES PEREIRA nº 186 bairro CASTO REDENTOR Cidade, JOÃO PESSOA, CEP, _____

CONTRATADO: Luciano da Silva Menezes, brasileiro, divorciado, Advogado, inscrito na OAB sob o nº 25.228, com escritório profissional situado na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60, bairro dos Estados, João Pessoa – PB, CEP 58030-050.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.

b) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.



DAS DESPESAS

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão de 30% do valor recebido pelo contratante, a serem pagos ao fim do processo.

Cláusula 8ª. Deixando motivadamente, de ter o patrocínio deste causídico, ora contratado, o valor prestado inicialmente na propositura da Ação reverter-se-á em favor do mesmo, sem prejuízo de posteriores cobranças judiciais, em face do CONTRATANTE.

Cláusula 9ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO.

Parágrafo único. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 10ª. Havendo acordo entre o CONTRATANTE e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, caso em que os honorários iniciais e finais serão pagos ao CONTRATADO.

Cláusula 11ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

DA RESCISÃO

Cláusula 12ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO



Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de ~~(xxx)~~ João Pessoa

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

João Pessoa, 15 de Junho de 2019

Reginaldo da Assunção Filho

Contratante

Jose Carlos de Lucena Filho

Testemunha 1

Felipe da Silva Santos

Testemunha 2





**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0866040-84.2019.8.15.2001

AUTOR: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

