



Número: **0866040-84.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO (AUTOR)		LUCIANO DA SILVA MENEZES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36194635	03/11/2020 16:28	<a href="#">Petição</a>	Petição
36194638	03/11/2020 16:28	<a href="#">2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
36194639	03/11/2020 16:28	<a href="#">2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36194641	03/11/2020 16:28	<a href="#">2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03</a>	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08660408420198152001

**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 **REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**, 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283505000000034560032>  
Número do documento: 20110316283505000000034560032



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190346549**

**Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

**Data do Acidente: 21/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

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,

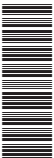
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371772

Pag. 00171/00172 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030086





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190346549**

**Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

**Data do Acidente: 21/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001010**

**Conta: 0000037461-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 884562504-49 Nome completo da vítima: 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: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO CPF: 884562504-49

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: RUA MILTON GONDES PEREIRA Número: 186 Complemento: CASA

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: NAI POSSUI Tel. (DDD): (83) 991090883

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO 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 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.

## 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: 27 MAIO 2019

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO

Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FP5.001 V001/2018





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



**DADOS DO ACIDENTE**

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

**CONDUTOR 01**

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

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Fiat Pálio</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>MNJ 7764</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Geraldo Fernandes de Lima</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>012030345042</b>	Renavan N.º <b>0078295747-1</b>	Data da Emissão <b>31/07/2015</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**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 Confirmação com o Original  
EM: **25/09/2018**



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0513 - 2018

## VÍTIMA 01

Nome <b>Francisco das Chagas Nunes Correia</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço <b>Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB</b>			
Condição da Vítila <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## VÍTIMA 02

Nome <b>Alexandre Soares da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>10/11/1964</b>	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço			
Condição da Vítila <b>Passageiro</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## VÍTIMA 03

Nome <b>Reginaldo de Assis Vieira Filho</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço <b>Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo</b>			
Condição da Vítila <b>Passageiro</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## 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  


  
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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRONTE (V1)



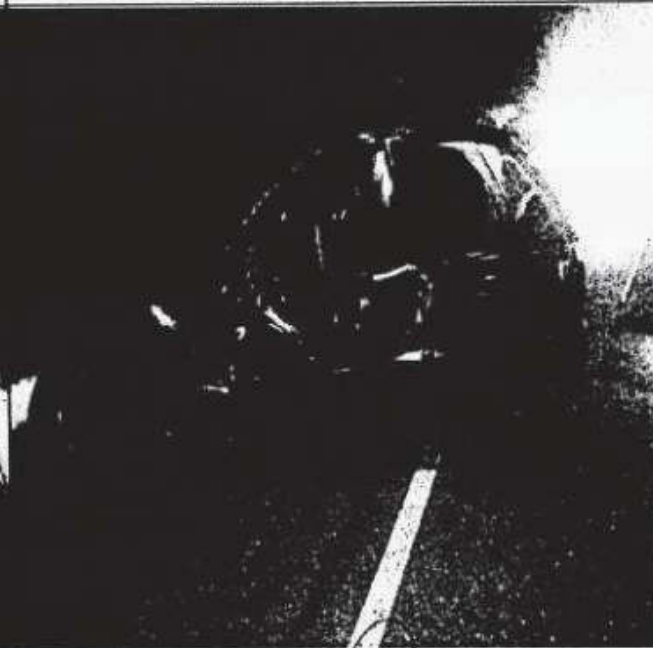
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



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

Daniilo Manoel dos Santos 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



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

AMARRAÇÕES

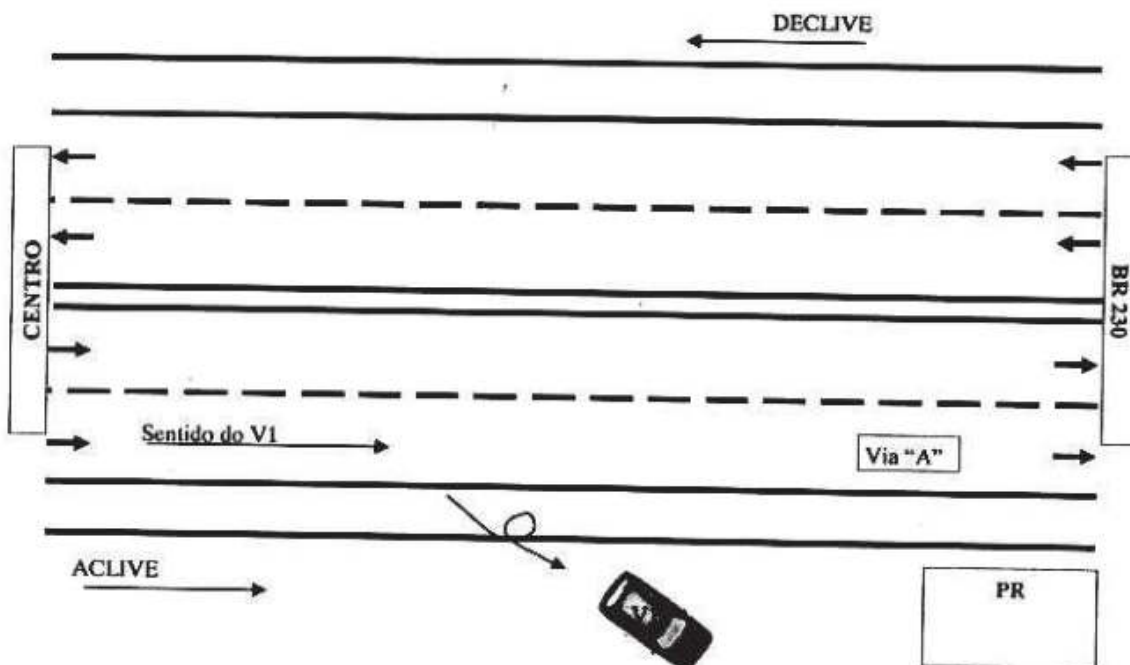
VIA "A" - Avenida Gal. Aurélio de Lyra Tavares 10,00 metros

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 OBSERVE ESCALA

AVARIAS



V1

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  
FM: 251092018





# 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	884562504-49	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	884562504-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
	RUA MILTON GONDES PEREIRA	186
Bairro:	Cidade:	Estado:
CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
NAI POSSUI		(83) 991090883

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO 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)

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: \_\_\_\_\_ 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.

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: 27 MAIO 2019

**PROTUBULO**

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FP5.001 V001/2018





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 **AP-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.

**JYHARNESON LAGO DE SOUZA**  
2ª TEN. MAT. 527.211-2  
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) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037461-9

---

---

Nr. da Autenticação 80B1703A0CE1F90A



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 025.187.317.



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 238, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-300  
CNPJ 08.088.185 / 0001-40 Insc. Est. 18.018.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO RUA HILTON QUEDES PEREIRA 186 JOÃO PESSOA			5/484302-5	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	120	27/05/2019	R\$ 110,19

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO Rotação: 12-002-836-7588 83800000001-8 10190148060-8 04843823019-3 05200002019-8			5/484302-5	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	BARRAS	
27/05/2019	R\$ 110,19	AM202301802		





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 PRONTUÁRIO 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 CEMET  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

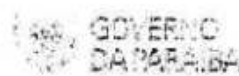
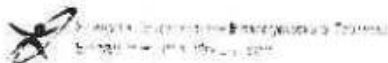
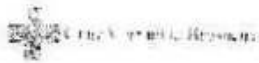
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



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>Infecção de urina D</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ostomia a pele bloqueada - 1</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim ( ) não (x) Coleta de material: sim ( ) não ( )				
Resultado bacteriológico:				
Condições de alta: Melhorado (x) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>1. Infecção de urina e H. de 15.08.18 por</u> <u>Dr. Sueli Alberto de S. Silva</u>				
<b>Orientações Pós Alta</b>				
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 03 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.				

F(NG).APC.002-2





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

Boletim de Atendimento: 1096141



### Identificação do paciente

ID <b>1308705</b>	Nome <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>09/07/1973</b>	Idade <b>45 anos 12 dias</b>	Estado civil <b>Prontuario</b>
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>	Pai <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA</b>	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHIA</b>	
DDD Móvel <b>83</b>	Fora Móvel <b>986873711</b>	DDD Fixo <b>Fora Fixo</b>
Tipo documento <b>NAO INFORMADO</b>	Número documento <b>1627514</b>	Nº Cns
Local de procedência <b>ALTO DO MATEUS</b>	Tipo <b>BAIRRO</b>	UF <b>PE</b>
E-mail	Município <b>JOAO PESSOA</b>	CBOR

### Endereço

CEP <b>58071630</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PE</b>	Logradouro <b>HILTON GUEDES PEREIRA</b>
Número <b>186</b>	Complemento		Santo <b>CRISTO REDENTOR</b>

### Admissão

Data e Hora <b>21/07/2018 21:22:10</b>	Número de pulseira <b>1000059891719</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação do caso	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Características do caso	Detalhe do acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	

### Indicadores de Transporte

Caso potencial <b>NAO</b>	Paciente acidentado <b>NAO</b>	Vem de ambulância <b>NAO</b>	Tratado <b>NAO</b>
Modo de transporte <b>ASSISTIDO - SEM SINAIS</b>	Quem transporta		

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sonografia [ ]	Uretra [ ]	TC [ ]	Líquido [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	----------------	------------	--------	-------------	---------	----------------------

*Exame de radiografia de tórax, abdome e membros superiores e inferiores, sem alterações significativas.*

Diagnóstico

Atendido por  
**THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA**

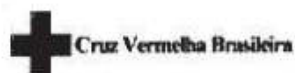
*Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36*

C.O.

Temper  
**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 <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	BAE <b>1096141</b>	Data/Hora Entrada <b>21/07/2018 21:32:00</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>09/07/1973</b>	Idade <b>45a 13d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988873711</b>
Endereço <b>HILTON GUEDES PEREIRA, 186</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/07/2018 21:32:00</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/07/2018 22:38:21</b>	

### 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)

CAPTAPRIL 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 <80)

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: JORDAN APOLINÁRIO FIGUEIREDO em 21/07/2018 21:34:12

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)



HGT 8/8HS

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

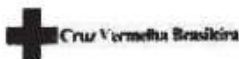
**EXAME DE IMAGEM**

ELETROCARDIOGRAMA

**Conduta**

Internar Paciente

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	RAE 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Banca
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 986673711
Endereço <b>HILTON GUEDES PEREIRA, 186</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEIL</b>	Profissional <b>GERVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional <b>2488/PB</b>
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 UMER0

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 BRAÇO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

**CID10**

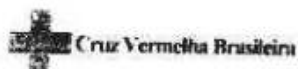
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**  
Em observação

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

GERVANDO CARNEIRO LEAL  
(2488/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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

### 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

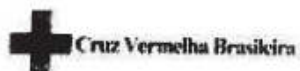
CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL.

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 <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>		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 (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 19452





## Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



PACIENTE:	<i>Roginaldo de</i>	IDADE:	
SETOR:		LEITO:	
		DATA:	<i>22/10/17</i>
		HORA:	

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante)

*Fratura de mero proximal*

ESPECIFICAR MATERIAL:

*Placa pinos longa*



PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

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

EXEMPLAR RESERVA





SUS 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTOR

M.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

REGIMÃO DE ASSIS VIEIRA FILHO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1096141

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FEM

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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  
PARAFUSO CORTICAL N° 28  
PARAFUSO N° 28  
BLOQUEADO N° 36

N° 45  
N° 50

B. BRAUN - AGULHA BLOQ. PUNZO 50 mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/18

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

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

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CNS ( ) CPF





# 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
<u>FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO</u>	
<u>(PHILOS)</u>	

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
<b>Incisão:</b>
<b>VIA DE ACESSO DELTOPEITORAL E UMERO DISTAL -EM PONTE-</b>
<b>DIVULSÃO, DISSECÇÃO POR PLANOS</b>
<b>CUIDADOS DE HEMOSTASIA</b>
<b>Achados:</b>
<b>FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA</b>
<b>Conduta:</b>
<b>REDUÇÃO INDIRETA</b>
<b>FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA UMERO</b>
<b>9X12 FUROS + PARAFUSO CORTICAL E PARAFUSOS BLOQUEADOS SOB ESCOPIA</b>
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,5%</b>
<b>REVISÃO DE HEMOSTASIA</b>
<b>Fechamento:</b>
<b>FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS</b>
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>
<b>RX DE CONTROLE</b>
<b>Observação:</b>

**Médico/CRM:**

João Pessoa,

14/08/2018

Conserva Arruda  
MEDICO  
CRM 1714



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 31/03/18

PRONTUÁRIO: 1096141

PACIENTE: Reginaldo de Assis Vieira Filho SEXO: M COR:  IDADE: 45

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: ( ) BOM (x) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM (x) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VN

AP. RESPIRATÓRIO: LM AP. CIRCULATÓRIO: LM

AP. DIGESTIVO: LM ESTADO MENTAL: LM DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO:  ESTADO FÍSICO: II

DOSE: 100

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fu. de c. de c. (1)

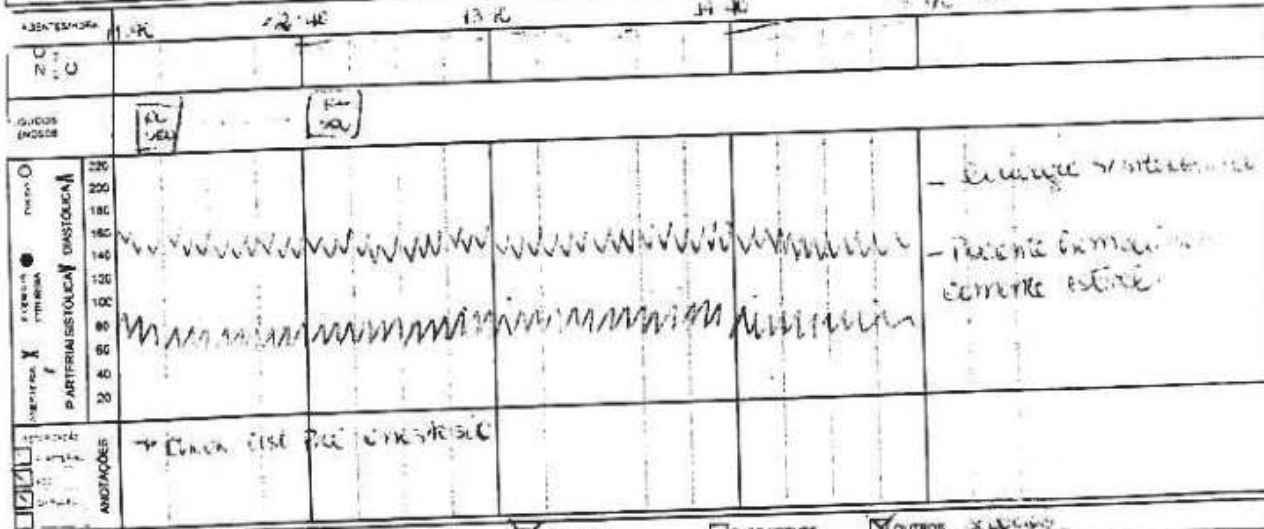
CIRURGIA REALIZADA: RM

CIRURGIÃO: Dr. Carlos AUXILIARES: Dr. João

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DE CHL:  VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. Renato CPF: 123456789 CRM-PB: 12345



☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: LM

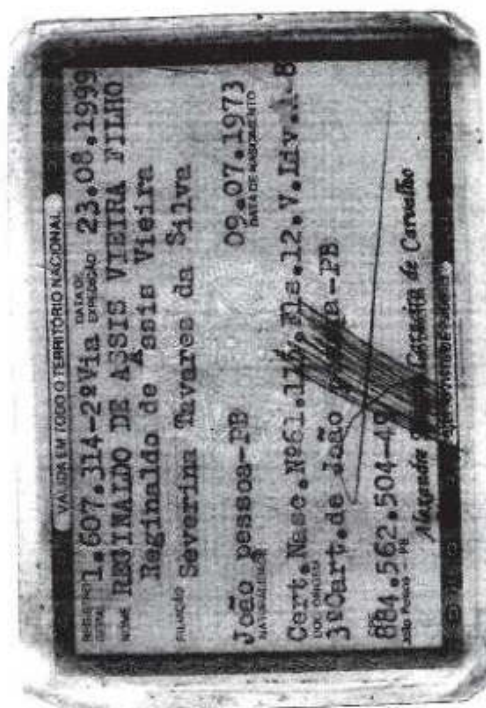
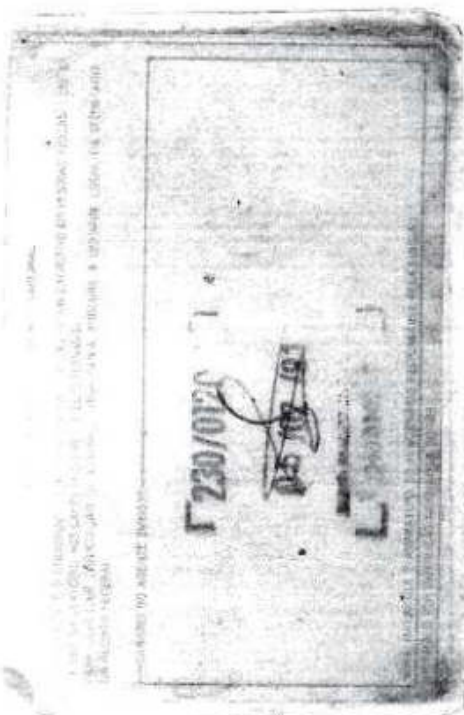
## MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PROPOFOL	100mg																			
2	ROPIVACAÍNE	100mg																			
3	ROPIVACAÍNE	0.5% 30ml																			
4	ROPIVACAÍNE	0.5% 30ml																			
5	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			
6	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			
7	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			
8	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			
9	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			
10	ROPIVACAÍNE	0.5% 10ml																			

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

P. 001/ASCP-025-1







Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reginaldo De Assis Vieira Filho  
DATA 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 / CÉDULA 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 / CÉDULA 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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/05/2019  
IDENTIDADE 1.607.314  
ASSINATURA Reginaldo de Assis  
ASSINATURA Reginaldo de Assis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190346549 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190346549 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. (P7)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P10,12,13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178077/19

**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

**CPF:** 884.562.504-49

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 21/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

### 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

### 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](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346549

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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,

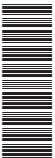
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371772

Pag. 00171/00172 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030086





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190346549**

**Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

**Data do Acidente: 21/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001010**

**Conta: 0000037461-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01749/01750 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020875



# 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: 884562504-49 Nome completo da vítima: 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: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO CPF: 884562504-49

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: RUA MILTON GONDES PEREIRA Número: 186 Complemento: CASA

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: NAI POSSUI Tel. (DDD): (83) 991090883

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO 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 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.

## 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: 27 MAIO 2019

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO: Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FP5.001 V001/2018





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



**DADOS DO ACIDENTE**

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

**CONDUTOR 01**

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

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Fiat Pálio</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>MNJ 7764</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Geraldo Fernandes de Lima</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>012030345042</b>	Renavan N.º <b>0078295747-1</b>	Data da Emissão <b>31/07/2015</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**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 Confirmação com o Original  
EM: **25/09/2018**



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0513 - 2018

## VITIMA 01

Nome <b>Francisco das Chagas Nunes Correia</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço <b>Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB</b>			
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## VITIMA 02

Nome <b>Alexandre Soares da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>10/11/1964</b>	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço			
Condição da Vítima <b>Passageiro</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## VITIMA 03

Nome <b>Reginaldo de Assis Vieira Filho</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço <b>Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo</b>			
Condição da Vítima <b>Passageiro</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>

## 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  


  
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

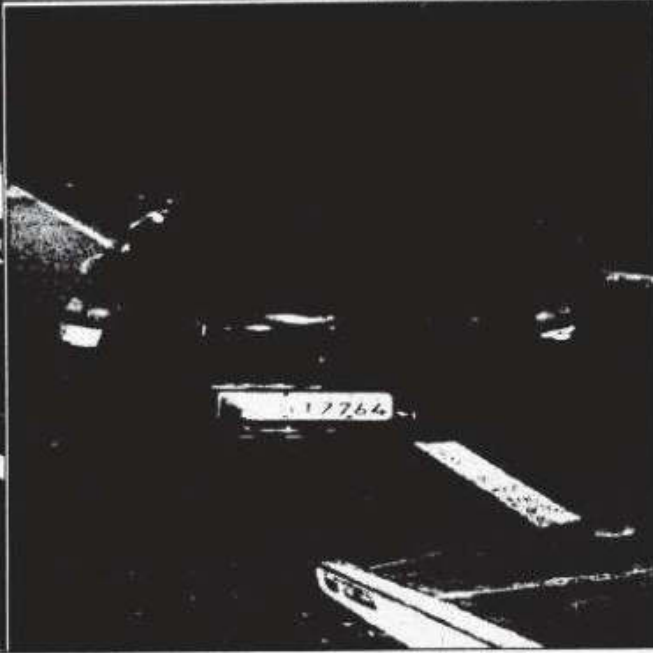


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRONTE (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

Daniilo Manoel dos Santos 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



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

AMARRAÇÕES

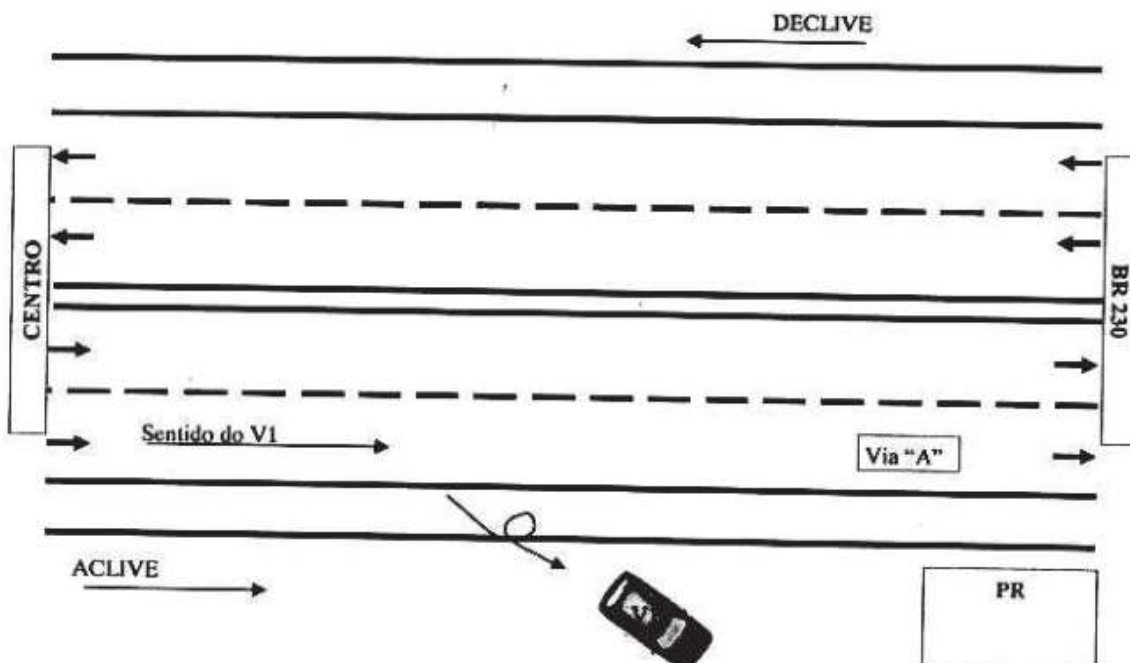
VIA "A" - Avenida Gal. Aurélio de Lyra Tavares 10,00 metros

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 OBSERVE ESCALA

AVARIAS



V1

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  
FM: 251.09.2018





# 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: 884562504-49 Nome completo da vítima: 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: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO CPF: 884562504-49

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: RUA MILTON GONDES PEREIRA Número: 186 Complemento: CASA

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: NAI POSSUI Tel. (DDD): (83) 991090883

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO 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 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.

## 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: 27 MAIO 2019

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO

Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FP5.001 V001/2018





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 **AP-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.

**JYHARNESON LAGO DE SOUZA**  
2ª TEN. MAT. 527.211-2  
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) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037461-9

---

---

Nr. da Autenticação 80B1703A0CE1F90A



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 025.187.317.



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 238, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-300  
CNPJ 08.088.185 / 0001-40 Ins. Reg. 18.018.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO RUA HILTON QUEDES PEREIRA 186 JOÃO PESSOA			5/484302-5	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	120	27/05/2019	R\$ 110,19

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO Rotação: 12-002-836-7588 83800000001-8 10190148060-8 04843823019-3 05200002019-8			5/484302-5	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	BARRAS	
27/05/2019	R\$ 110,19	AM202301802		





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 CEMET  
CRM - 2516

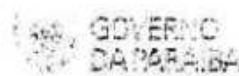
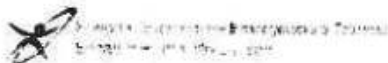
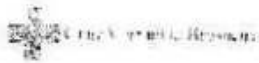
Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



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>Infecção de pele D</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Ostomia a pele bloqueada - 1</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim ( ) não (x) Coleta de material: sim ( ) não ( )				
Resultado bacteriológico:				
Condições de alta: Melhorado (x) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>1. Infecção de pele, evoluiu para abscesso, tratado com antibioticoterapia e drenagem. 15.08.18</u> <u>2. Abscesso de pele, tratado com drenagem e antibioticoterapia.</u>				
<b>Orientações Pós Alta</b>				
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 03 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.				





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

Boletim de Atendimento: 1096141



### Identificação do paciente

ID <b>1308705</b>	Nome <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>09/07/1973</b>	Idade <b>45 anos 12 dias</b>	Estado civil <b>Prontuario</b>
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>	Pai <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA</b>	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHIA</b>	
DDD Móvel <b>83</b>	Fonia Móvel <b>986873711</b>	DDD Fixa <b>Fonia Fixa</b>
Tipo documento <b>NAO INFORMADO</b>	Nº Cns	
Local de procedência <b>ALTO DO MATEUS</b>	Tipo <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>
Email	CBOR	

### Endereço

CEP <b>58071630</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>HILTON GUEDES PEREIRA</b>
Número <b>186</b>	Complemento		Santo <b>CRISTO REDENTOR</b>

### Admissão

Data e Hora <b>21/07/2018 21:22:10</b>	Número de pulseira <b>1000059891719</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação do caso	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Características do caso	Detalhe do acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	

### Indicadores de Transporte

Caso potencial <b>NAO</b>	Paciente acidentado <b>NAO</b>	Via de ambulância <b>NAO</b>	Tratado <b>NAO</b>
Modo de transporte <b>RESGATE - SEM SINAL</b>	Quem transporta		

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sonografia [ ]	Uretra [ ]	TC [ ]	Líquido [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	----------------	------------	--------	-------------	---------	----------------------

*Exame realizado por médico autônomo em atendimento de emergência no Hospital de Emergência de João Pessoa.*

Diagnóstico

Atendido por  
**THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA**

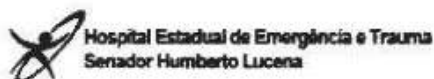
*Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37*  
**20/07/2018 20:07:17**  
**COREN-PB 000767**

C.O.

Temper  
**02min 12seg**

21/07/2018



**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	BAE <b>1096141</b>	Data/Hora Entrada <b>21/07/2018 21:32:00</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>09/07/1973</b>	Idade <b>45a 13d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988873711</b>
Endereço <b>HILTON GUEDES PEREIRA, 186</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/07/2018 21:32:00</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/07/2018 22:38:21</b>	

**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)

CAPTAPRIL 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 <80)

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: JORDAN APOLINÁRIO FIGUEIREDO em 21/07/2018 21:34:12

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)



HGT 8/8HS

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

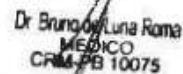
GLICEMIA - GLICOSE EXAME

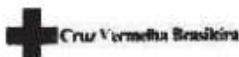
**EXAME DE IMAGEM**

ELETROCARDIOGRAMA

**Conduta**

Internar Paciente

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>	RAE 1096141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Banca
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>SEVERINA TAVARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 986673711
Endereço <b>HILTON GUEDES PEREIRA, 186</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEIL</b>	Profissional <b>GERVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional <b>2488/PB</b>
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 UMER0

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 BRAÇO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

**CID10**

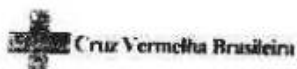
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**  
Em observação

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

GERVANDO CARNEIRO LEAL  
(2488/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

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

### 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

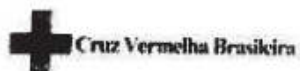
CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL.

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 <b>REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO</b>		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 (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 19452







SUS 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

M.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

REGIMÃO DE ASSIS VIEIRA FILHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1096141

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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  
PARAFUSO CORTICAL Nº 28  
PARAFUSO Nº 28  
BLOQUEADO Nº 36

Nº 45  
Nº 50

B. BRAUN - AGULHA BLOQ. PUXO 50 mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/08/18

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS ( ) CPF





## 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:  
☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 14/08/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

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

**Médico/CRM:**

João Pessoa,

14/08/2018

Conserva Arruda  
MEDICO  
CRM 1714



# FICHA DE ANESTESIA

HE-7381

DATA: 31/03/18

PRONTUÁRIO: 1040141

SEXO: M

COR:

IDADE: 45

PACIENTE: Reginaldo de Assis Vieira Filho

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80/60 PULSO: 80/30 RESPIRAÇÃO: 12/20 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 70 kg GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: ( ) BOM (x) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM (x) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: LTM

AP. CIRCULATÓRIO: LTM

AP. DIGESTIVO: LTM

ESTADO MENTAL: LTM

DROGAS EM USO:

ESTADO FINACIÁRIO: II

PRÉ-ANESTÉSICO:

DOSE: 100 mg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Febre de origem desconhecida (D)

CIRURGIA REALIZADA: Tiroidectomia

CIRURGIÃO: Dr. Carlos

AUXILIARES: Dr. João

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:40

TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:40

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CHL:

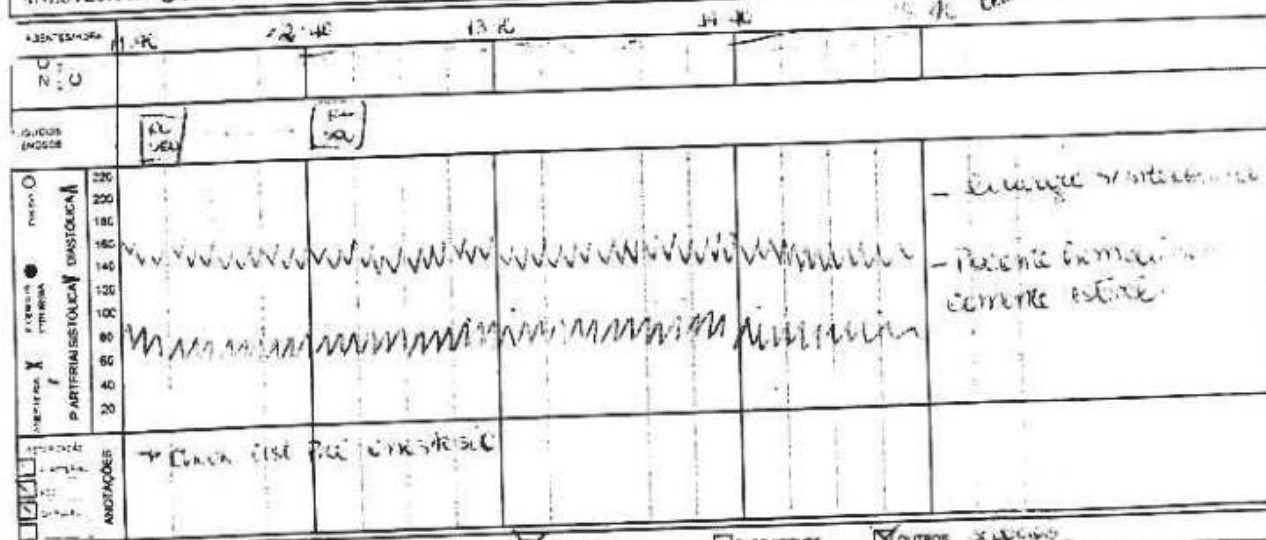
VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. Renato

CPF: 000.000.000-00

CRM-PB:

Dr. João Roberto Neto  
Médico  
CRM-PB 12345



☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: BLOCO PLEXO

## MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

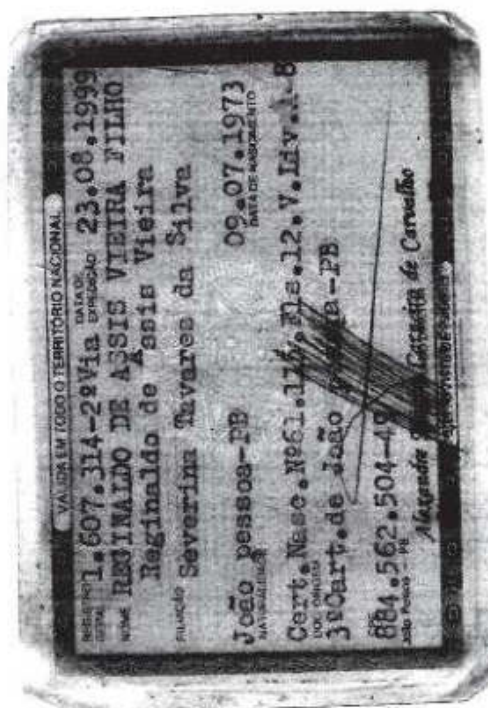
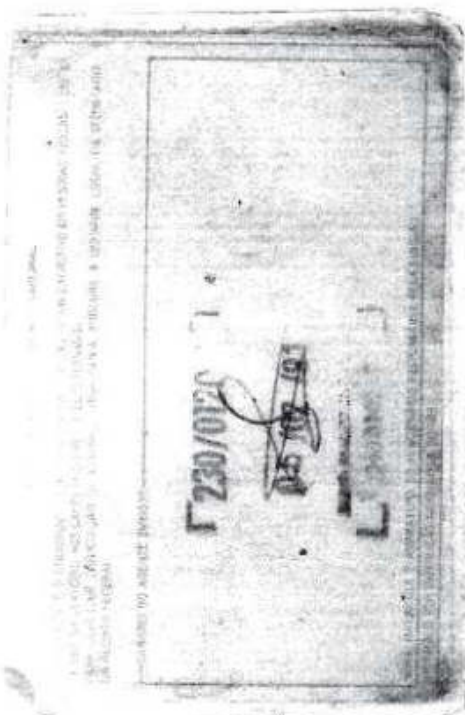
QUANTIDADE	USADO EM:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PROPOFOL 2%	100 mg																			
2	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
3	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
4	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
5	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
6	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
7	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
8	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
9	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			
10	ROPIVACAÍNE 0,5%	100 mg																			

OBSERVAÇÕES: Paciente em boas condições clínicas, sem alterações significativas. Anestesia realizada com sucesso. Paciente acordou sem dor e sem náuseas. Sinais vitais estáveis.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. 000.000.000-00







Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Reginaldo De Assis Vieira Filho  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA 884562504-49  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULA DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULA DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/05/2019  
IDENTIDADE 1.607.314  
ASSINATURA Reginaldo de Assis  
ASSINATURA Reginaldo de Assis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190346549 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190346549 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. (P7)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P10,12,13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178077/19

**Vítima:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

**CPF:** 884.562.504-49

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 21/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

### 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

### 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](http://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

