



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
36194 635	03/11/2020 16:28	<u>Petição</u>	Petição
36194 638	03/11/2020 16:28	<u>2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
36194 639	03/11/2020 16:28	<u>2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36194 641	03/11/2020 16:28	<u>2705502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283379800000034560029>
Número do documento: 20110316283379800000034560029

Num. 36194635 - Pág. 1



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 incidiu 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



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

Num. 36194638 - Pág. 1

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

Num. 36194638 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de 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, contados 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 n° 14371772



Pág. 00171/00172 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Nº 36194639 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 POUPANCA

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, retorno 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

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

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1010 <input type="checkbox"/> CONTA: 00037461 9	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/13/27/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____

^{1º} Assinatura de quem assina o RG
 Reginaldo de Assis Vieira Filho
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____ CPF: _____ COMPREV
 2º | Nome: _____ CPF: _____ COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura: 27 MAIO 2019
 PRO TULULO AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0513 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO				Posto/Graduação: Cabo/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. General Aurélio de Lyra Tavares	Hora 21:45	Bairro Alto do Mateus	Município: João Pessoa	UF PB		
Data da Ocorrência 21/07/2018	Dia da Semana Sábado	C/S Vítima (QT) Com/03	Tipo de Acidente Capotamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo			Controle do tráfego Pista Dupla		
CONDUTOR 01						
Nome Francisco das Chagas Nunes Correia		Sexo Masculino	Nascimento		RG	
Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB – Tel.(083)						
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma				
VEÍCULO 01						
Marca/Modelo Fiat Pálio	Espécie Automóvel	Placa MNJ 7764	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB	
Nome do Proprietário Geraldo Fernandes de Lima						
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012030345042	Renavan Nº 0078295747-1			Data da Emissão 31/07/2015	
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado						
VERSÃO DO CONDUTOR 01						
<p>Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.</p>						

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Comunicação com o Dto. Co.
 EM: 25/09/2018
SN
 ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0513 - 2018			
VÍTIMA 01			
Nome Francisco das Chagas Nunes Correia	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB			
Condicação da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
VÍTIMA 02			
Nome Alexandre Soares da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 10/11/1964	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço			
Condicação da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
VÍTIMA 03			
Nome Reginaldo de Assis Vieira Filho	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo			
Condicação da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
CONSTATADO			
<p>Constatado quando do levantamento que: o C1 perdeu o controle do veículo, ultrapassou a guia do meio fio, atingiu a barreira e capotou.</p> <p>Não foi possível coletar melhores dados dos ocupantes do V1 pois os mesmos recebiam atendimento médico.</p> <p>Não havia marcas de frenagem.</p> <p>Os dados das vítimas foram fornecidos pela recepção do Hospital de Trauma.</p>			
<p>João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM Responsável pelo Levantamento</p>		<p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia da Condição de Vítima com o Oficial EM: <u>25/09/2018</u></p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0513/ 2018

FOTOS DO V1



INSTALHO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018
[Handwritten signature]

2

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento
[Handwritten signature]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033>
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 6



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



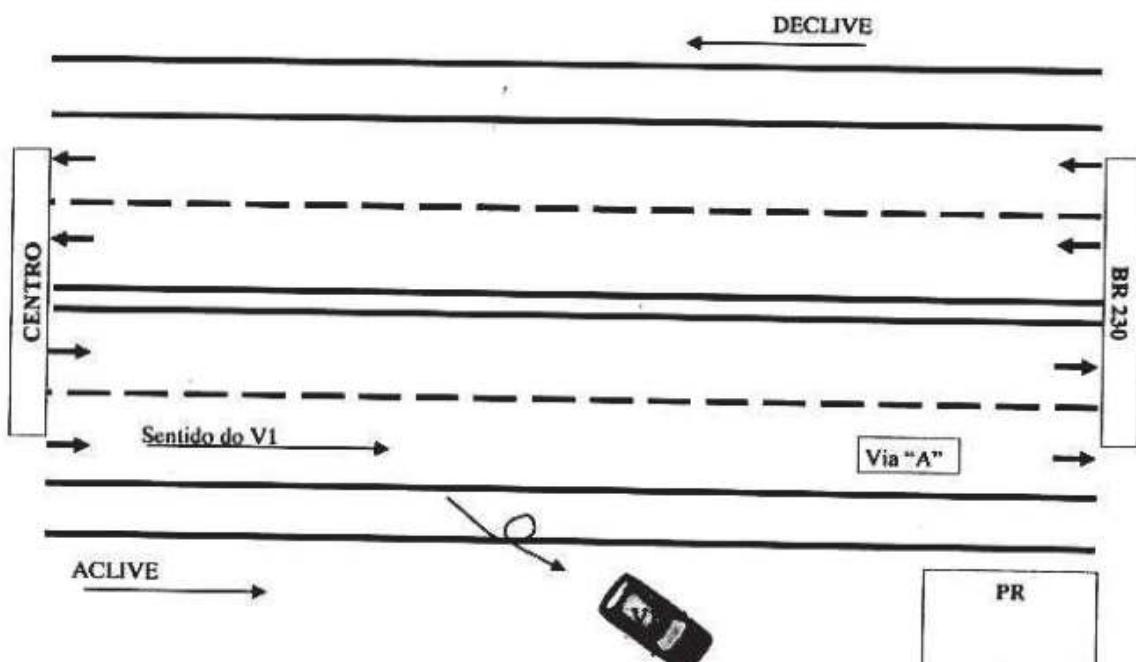
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

AMARRAÇÕES

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

PR (Ponto de Referência) Pousada Bandeirantes
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Diantero 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 OFICIAL - ESQUEMA

AVARIAS



V1

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





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



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

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Fiat Pálio	MNJ 7764	CB Silva	21/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			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 Costa Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Conselho de Conformidade com o Ofício
FM: 25/09/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033>
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	884562504-49	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		CPF: 884562504-49
Profissão:	Endereço:	Número: 186 Complemento: CASA
Bairro: CRISTO REDENTOR	Cidade: João Pessoa	Estado: PB CEP:
E-mail: NAO POSSU	Tel.(DDD): (33) 991090883	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1010 <input type="checkbox"/> CONTA: 00037461 9	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	João Pessoa/13/27/05/19
Nome:	
CPF:	

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
2º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura: 27 MAIO 2019
PROTÓCULO
Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





VISTO EM: 28/08/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR CEL.QOBM-521.280 4
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 884.662.504-49, vítima de acidente de (capotamento), ocorrido na Acesso Oeste, Alto do Matheus – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações nos membros inferiores, superiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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

JYHARMESON REGIS A. DE SOUSA
2.º SGT MAT. 527.941-2
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
27 MAIO 2019
PROTÓCULO
n.º JOÃO PESSOA



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: craphbba@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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033>
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 12

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - N° 025.187.317.



Luz, Informação, Realização
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-000
CNPJ 00.280.818/0001-44 - Insc. Est. 16.416.823-0

DADOS DO CLIENTE

CAMILO CINTIA DOS SANTOS GOLZIO
RUA HILTON GUEDES PEREIRA 154
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5484302-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

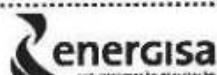
20/05/2019

120

27/05/2019

R\$ 110,19

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CAMILO CINTIA DOS SANTOS GOLZIO

Residencial 12-002-638-7588

33600000001-5 10190148000-0 04843022019-3 05200002019-8



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MTR-CUFA
27/05/2019 R\$ 110,19 484302-00-2



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033>

Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 13



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

三

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

DADOS DE NASCIMENTO 09/07/73

NOME DA MÃE SEVERIM

NOME DA MÃE SEVERINA TAVARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.096.141

Nº PRONTUARIO 110.007

DATA DO ATENDIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D

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. Stivio Bruno.

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

DR. EVERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIBER

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 & CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





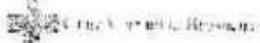
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <i>Reginaldo da C. V. RIC</i>		Nº de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>Falta de sono</i>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Osteotomia e plese bloquemad - 1</i>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revélia()				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <i>Tet suportado e feito cirurgia de R.08 II 2010 N. S. S. Alberto D. S. S.</i>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa, <u>17</u> de <u>03</u> de <u>20</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, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 6332166700

Boletim de Atendimento: 1096141

**Identificação do paciente**

ID	Nome	Sexo		
1308705	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	Masculino		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Promovido
09/07/1973	45 anos 12 dias			
Mãe		Pai		
SEVERINA TAVARES DA SILVA		REGINALDO DE ASSIS VIEIRA		
Escolaridade		Responsável (Parentesco)		
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988873711	CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHOLA	DDO Fixo	Tipo Pás
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
NAO INFORMADO	1607314			
Local de provimento		Tipo	UF	CD
ALTO DO MATEUS		BAIRRO	PB	PB
Email	Município	CBOR		
	JOÃO PESSOA			

Endereço

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

Admissão

Data e Hora	Número de polsita	Convênio
21/07/2016 21:22:11	1000059891719	SUS
Especialidade		
CIRURGIA GERAL		
Classificação da lesão		Origem do paciente
		RUA
Caracter da lesão	Motivo da readmissão	Detalhe da ação
	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	ACIDENTE AUTOMOTIVO (CAPOTAMENTO)

Indicadores de Transporte

Caso policial	Período de saída	Vias de ambulância	Fixado
Mais	Não	Não	Não

Motivo da readmissão: Acidente automotivo

Sinais Vitais

PA	P脉	Temperatura
120/80 mmHg		

Exames complementares

Radiografia	Sangue	Urinária	TC	Líquido	EEG	Ultrassonografia
Declarado						

Pront. policial: acidente automotivo.
 Prof. radiológico: esquema de exames.
 At. U. L. Trauma: l. clavicular f.

Diagnóstico

Atendida por:
 THATIANE MARQUES VIEIRA BRASIL

Ass. Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
 Referência
 COSESP - RJ 001757

C.D.
 Táteos
 92mm 12deg

21/07/2016 21:22:11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME APRESENTA DORES EM OMBRO DIREITO, COM DEFORNIDADE 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 (MGTSIM)

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., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

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

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

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

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 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

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 (MGTSIM)

Diluir

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

CUIDADOS

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

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

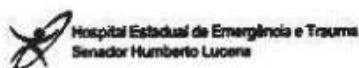
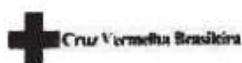
21/01/2018	172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=342503&pesquisa=S&pe
HGT & HS	
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)	
EXAME LABORATORIAL	
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 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	RAE 1066141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Saída
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS
Mae SEVERINA TAVARES DA SILVA	Prontuário		
Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2488/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00		Data/Hora Prescrição 21/07/2018 21:44:21	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME:

- A: VIAS AEREAIS PERTIVIAS, 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 UMERIO

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

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2488/PB)

91





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



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

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

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DIAFISARIA DE UMERO

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

20180804134737
MEDICO
CRMFPI10075
Número Conselho: 10075





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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

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

Evolução

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE UMERO DIAFISARIO
PACIENTE BEM CLINICAMENTE
TROCO IMOBILIZAÇÃO
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-MG 19492





Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



PACIENTE:	Reginaldo de Souza			IDADE:
SETOR:	LEITO:	DATA: 11/10/19		HORA:
DIAGNÓSTICO:				
Fratura de molar proximal				
ESPECIFICAR MATERIAL: Placa fixa com lingua				
<i>José Suelio Moreira Torres</i> Ortecedor Técnico CRA-RJ 18763 CRB-10 1592				
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 PRONTO-ARQUIVAMENTO

DATA: 10/10/2020



Anexo II

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 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUDEDOR M.T.S.P.						
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 11 - TELEFONE DE CONTATO / Nº DO TELEFONE 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 1096141 9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>						
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 - DIAGNOSTICO 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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE TMC						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Cx. 3,5 Bloqueada PHILLIPS Alça bloquera 9x12 Pneuferoso cateter N° 28 Pneuferoso N° 28 — 03 Bloqueado N° 36 — 01 Nº 45 — 02 Nº 50 — 02 B. BRAUN — Agulha Bloq. Puxo 50 mm PROFISSIONAL SOLICITANTE						01 01 02 01 01 01 01
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO Carlo Alberto Carvalho Ortopedia / Traumatologia CRM 28.617 / CRM PE 237 14/08/18						
41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CNS <input type="checkbox"/> CPF						
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)						



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO BE/PRONTUÁRIO 1096141
IDADE: SEXO: MASC FEM COR: DATA: 14/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 NÃODESCRIÇÃO: SIM NÃOBIÓPSIA 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

卷之三

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

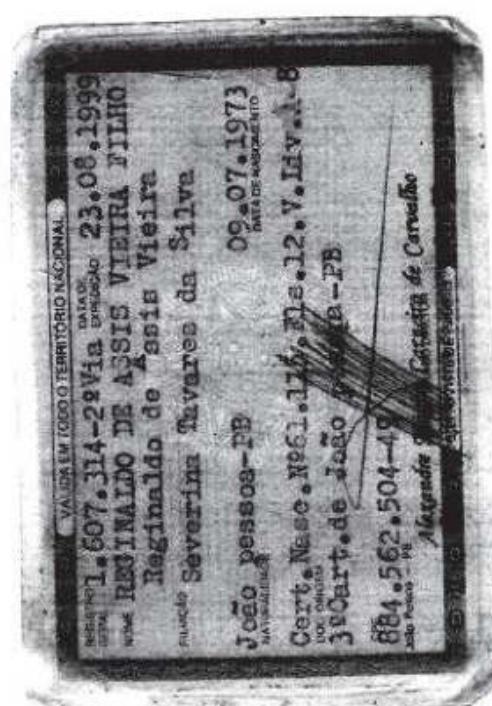
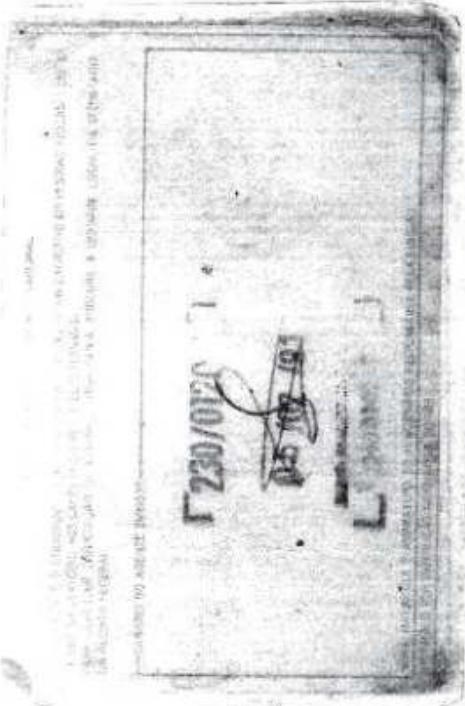
Médico/CRM:

Lošin PESSOA

14/08/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033>
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:36
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283583100000034560033
Número do documento: 20110316283583100000034560033

Num. 36194639 - Pág. 27

IDENTIFICAÇÃO

Vítima Reinaldo de Sá Vieira Funes
 DATA DO ACIDENTE 08/05/2019
 CPF DA VÍTIMA 884562504-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE () 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() MORTAL: 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 SEGURADO 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 FORMULARIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 27/05/2019NOME 1.607.314IDENTIDADE AssinaturaASSINATURA Reinaldo de FunesASSINATURA José Geraldo de FunesASSINATURA AssinaturaASSINATURA AssinaturaASSINATURA Assinatura**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

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



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO : 884.562.504-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

RENATO LUNA DIAS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de 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, contados 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 n° 14371772



230 00171/00172 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035>
Número do documento: 20110316283710400000034560035

Nº 36194641 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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.

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:	Nome completo da vítima:
	884562504-49	REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO		CPF: 884562504-49
Profissão:	Endereço:	Número: 186
Bairro: CRISTO REDENTOR	Cidade: João Pessoa	Complemento: CASA
E-mail: Nao Posso.	Estado: PB	CEP: 58010-000
		Tel.(DDD): (83) 991090883

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1010	CONTA: 00037461 9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/13/27/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____

^{1º} Assinatura de quem assina o RG
 Reginaldo de Assis Vieira Filho
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____ COMPREV
 2º | Nome: _____
 CPF: _____ COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura: 27 MAIO 2019
 PRO TULULO AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035

Número do documento: 20110316283710400000034560035

Num. 36194641 - Pág. 3

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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0513 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO				Posto/Graduação: Cabo/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. General Aurélio de Lyra Tavares	Hora 21:45	Bairro Alto do Mateus	Município: João Pessoa	UF PB		
Data da Ocorrência 21/07/2018	Dia da Semana Sábado	C/S Vítima (QT) Com/03	Tipo de Acidente Capotamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo			Controle do tráfego Pista Dupla		
CONDUTOR 01						
Nome Francisco das Chagas Nunes Correia		Sexo Masculino	Nascimento		RG	
Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB – Tel.(083)						
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma				
VEÍCULO 01						
Marca/Modelo Fiat Pálio	Espécie Automóvel	Placa MNJ 7764	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB	
Nome do Proprietário Geraldo Fernandes de Lima						
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012030345042	Renavan Nº 0078295747-1			Data da Emissão 31/07/2015	
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado						
VERSÃO DO CONDUTOR 01						
<p>Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.</p>						

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Comunicação com o Dto. Co.
 EM: 25/09/2018
SM
 ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0513 - 2018			
VÍTIMA 01			
Nome Francisco das Chagas Nunes Correia	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua Marta Pacheco, 502, Oitizeiro, João Pessoa, PB			
Condicação da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
VÍTIMA 02			
Nome Alexandre Soares da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 10/11/1964	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço			
Condicação da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
VÍTIMA 03			
Nome Reginaldo de Assis Vieira Filho	Sexo Masculino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua Hilton Guedes Pereira, 186, Cristo			
Condicação da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -
CONSTATADO			
<p>Constatado quando do levantamento que: o C1 perdeu o controle do veículo, ultrapassou a guia do meio fio, atingiu a barreira e capotou.</p> <p>Não foi possível coletar melhores dados dos ocupantes do V1 pois os mesmos recebiam atendimento médico.</p> <p>Não havia marcas de frenagem.</p> <p>Os dados das vítimas foram fornecidos pela recepção do Hospital de Trauma.</p>			
<p>João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo PM Responsável pelo Levantamento</p>		<p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia da Condição de Vítima com o Oficial EM: <i>25/09/2018</i></p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0513/ 2018

FOTOS DO V1



INSTALHO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 25/09/2018
[Handwritten signature]

2

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento
[Handwritten signature]





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



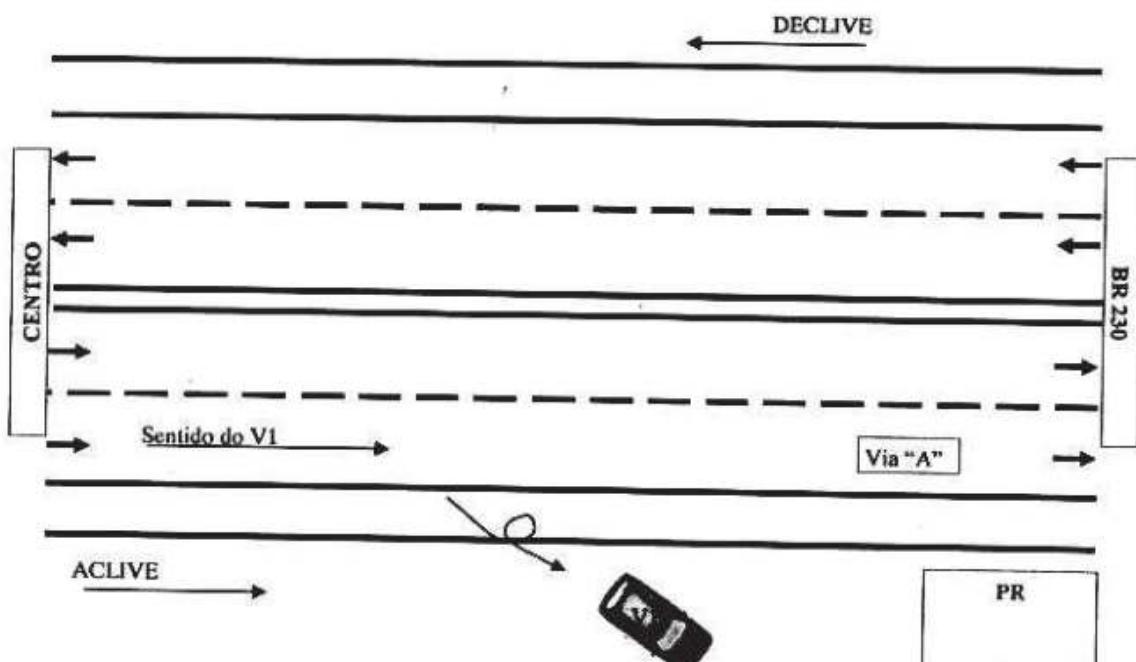
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

AMARRAÇÕES

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

PR (Ponto de Referência) Pousada Bandeirantes
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Diantero 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 OFICIAL - ESQUEMA

AVARIAS



V1

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





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



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

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Fiat Pálio	MNJ 7764	CB Silva	21/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			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 Costa Campelo – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Conselho de Conformidade com o Ofício
FM: 25/09/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035>
Número do documento: 20110316283710400000034560035

Num. 36194641 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1010 (Informar o dígito se existir)	CONTA: 00037461 (9) (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/13/27/05/19
Nome:	
CPF:	

^(*) Assinatura de quem assina o RG
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
2º Nome: _____
CPF: _____
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura: 27 MAIO 2019
PRO TULULO AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





VISTO EM: 28/08/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR CEL.QOBM-521.280 4
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 884.662.504-49, vítima de acidente de (capotamento), ocorrido na Acesso Oeste, Alto do Matheus – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações nos membros inferiores, superiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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

JYHARMESON REGIS A. DE SOUSA
2.º SGT MAT. 527.941-2
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
27 MAIO 2019
PROTÓCULO
n.º JOÃO PESSOA



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: craphbba@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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035>
Número do documento: 20110316283710400000034560035

Num. 36194641 - Pág. 12

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - N° 025.187.317.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-000
CNPJ 00.200.000/0001-00 / INSC. FED. 16.416.823-0

DADOS DO CLIENTE

CAMILO CINTIA DOS SANTOS GOLZIO
RUA HILTON GUEDES PEREIRA 154
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5484302-5

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

20/05/2019

CONSUMO

120

VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,19

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CAMILO CINTIA DOS SANTOS GOLZIO

Telefone: 13-902-638-7588

33600000001-5 10190149000-0 04843022019-3 05200002019-8



VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,19

MATR. CUELA

AB4203-2019-00-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035>

Número do documento: 20110316283710400000034560035

Num. 36194641 - Pág. 13



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

三

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

DADOS DE NASCIMENTO 09/07/73

NOME DA MÃE SEVERIM

NOME DA MÃE SEVERINA TAVARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.096.141

Nº PRONTUARIO 110.007

DATA DO ATENDIMENTO

HORA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D

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. Stivio Bruno.

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

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CNPJ 01.111.111/0001-11

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





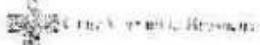
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <i>Reginaldo da C. V. RIC</i>		Nº de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>Fistula de úlcera D</i>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Osteotomia pleuropneumotomia</i>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revélia()				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <i>Tetradecalito - feito dia 26 de 10.08.18 para 25 dias Álcool e D. Soro</i>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa, <u>17</u> de <u>03</u> de <u>19</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



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância SanitáriaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 6332166700

Boletim de Atendimento: 1096141

**Identificação do paciente**

ID 1308705	Nome REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45 anos 12 dias	Estado civil Solteiro
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA		Pai REGINALDO DE ASSIS VIEIRA
Escolaridade		Responsável (Parentesco) CAMILA SINTIA DOS SANTOS GOLZIO - FILHOLA
DDD Móvel 63	Fone Móvel 985873711	DDD Fijo 9832166700
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento 1307314	Nº Cns
Local de proveniente ALTO DO MATEUS		Tipo BAIRRO
Email	Morada JOÃO PESSOA	UF PB
		CEP 58071630
	Município de residência JOÃO PESSOA	Logradouro HILTON GUDESS PEREIRA
Número 186	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 21/07/2016 21:52:11	Número da polsita 1000059891719	Convênio SUS
------------------------------------	------------------------------------	-----------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL

Clínica

Classificação ICD-10

Origem do paciente

RUA

Causa de aferição

Detalhe da aferição

ACIDENTE AUTOMOTIVO (ESTOCO/CAPOTAMENTO)

Indicadores de Transporte

Caso policial: Não	Período de saída: Não	Vias de ambulância: Nas	Fixado: Não
Motivo da aferição: ACIDENTE - ESTOCO/CAPOTAMENTO		Orientações: Orientado.	

Sinais Vitais

PA mmHg Peso Temperatura

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] EOG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

paciente: joão p. audax automotivo.
 paciente: joão p. audax automotivo.
 paciente: joão p. audax automotivo.

01.07.2016
 referente
 COSESP 001757

CD

Tátec
92mm 12kg**Diagnóstico**Atendida por:
THATIANE MARQUES VIEIRA BRASIL

21/07/2016 21:52:11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME APRESENTA DORES EM OMBRO DIREITO, COM DEFORNIDADE 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 (MGTSIM)

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., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

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

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

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

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 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

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 (MGTSIM)

Diluir

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

CUIDADOS

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

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

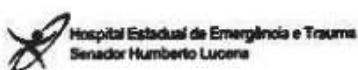
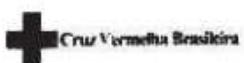
21/01/2018	172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=342503&pesquisa=S&pe
HGT & HS	
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)	
EXAME LABORATORIAL	
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 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO	RAE 1066141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data Saída
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45a 13d	Sexo Masculino	CNS Telefone de Contato (63) 988873711
Mae SEVERINA TAVARES DA SILVA	Prontuário		
Endereço HILTON GUEDES PEREIRA, 186	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2488/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00		Data/Hora Prescrição 21/07/2018 21:44:21	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME:

- A: VIAS AEREAIS PERTIVIAS, 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 UMERIO

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

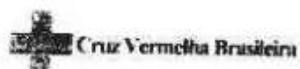
Em observação

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2488/PB)

91





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



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

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

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DIAFISARIA DE UMERO

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

20180804134737
MEDICO
CRMF 10007
Número Conselho: 10075



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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

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

Evolução

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE UMERO DIAFISARIO
PACIENTE BEM CLINICAMENTE
TROCO IMOBILIZAÇÃO
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-MG 19492



Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



PACIENTE:	Reginaldo de Souza			IDADE:
SETOR:	LEITO:	DATA: 11/11/11		HORA:
DIAGNÓSTICO:				
Fratura de molar proximal				
ESPECIFICAR MATERIAL: Placa fixa em liga				
PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)				
APROVAÇÃO 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 PRONTO-ARQUIVAMENTO

DATA: 03/11/2020



Anexo II

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 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUDEDOR M.T.S.P						
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 11 - TELEFONE DE CONTATO / Nº DO TELEFONE 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 1096141 9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>						
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 - DIAGNOSTICO 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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE TMC						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Cx. 3,5 BLOQUEADA PHILLIPS ALÇA BLOQUEADA 9x12 PARENFISSO CORTICAL N° 28 PARENFISSO N° 28 — 03 BLOQUEADO N° 36 — 01 Nº 45 — 02 Nº 50 — 02 B. BRAUN — AGULHA BLO. PLEX 50 mm						01 01 02 01 01 01 01
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 14/08/18						
41 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF						43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SÓCERLO) Carlo Alberto Carvalho Ortopedista / Traumatólogo CRM PE 237
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						
47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF						49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO BE/PRONTUÁRIO 1096141
IDADE: SEXO: MASC FEM COR: DATA: 14/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 NÃODescrição: SIM NÃO
BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃOENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 14/08/2018





RELATÓRIO DE CIRURGIA

卷之三

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

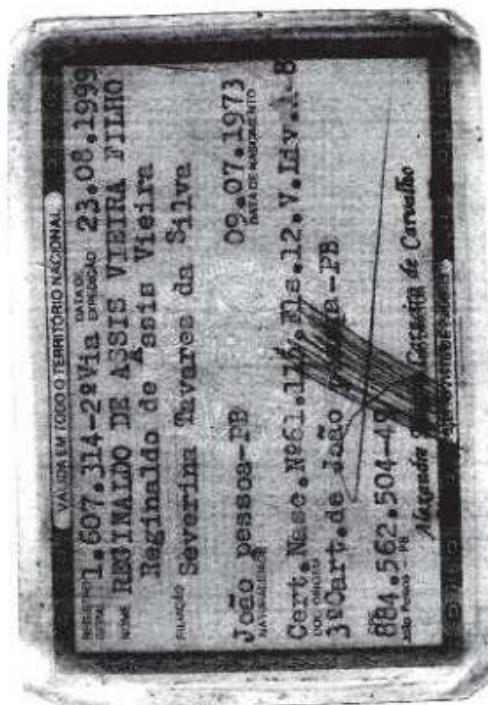
Médico/CRM:

Lošin PESSOA

14/08/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031628371040000034560035>
Número do documento: 2011031628371040000034560035

Num. 36194641 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 16:28:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110316283710400000034560035>

Número do documento: 20110316283710400000034560035

Num. 36194641 - Pág. 27

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO : 884.562.504-49

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

RENATO LUNA DIAS

