



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, 12 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200383534

Vítima: REGINALDO AUGUSTO

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO AUGUSTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO AUGUSTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **0000081917-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200383534

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO AUGUSTO

Data do acidente: 23/07/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE(PLACA + PARAFUSOS) (P.2,3) ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 552.420.574-91 4 - Nome completo da vítima: Reginaldo Augusto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Reginaldo Augusto 6 - CPF: 552.420.574-91
7 - Profissão: Agente de saúde 8 - Endereço: Jose de Alencar 9 - Número: 46 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Tubim Fabrica 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PR 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 93-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) 0913

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 81917
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Espaço para assinatura de quem não sabe escrever.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Passo de Liberdade, 26/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Reginaldo Augusto
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 552.420.574-91 4 - Nome completo da vítima: Roginaldo Augusto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Roginaldo Augusto 6 - CPF: 552.420.574-91
7 - Profissão: Agente de saúde 8 - Endereço: Jose de Alencar 9 - Número: 46 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Tubini Fabrica 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PR 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 93-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) 0913
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 81917
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

INVALIDEZ PERMANENTE

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34 - Espaço para assinatura de quem não sabe escrever
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Rua Pessoa 26/30 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAGEPA

TERMINAL STACCA I RUA JOSE DE ALMEIDA
 Rua Pernambuco Com. 239 - Jd. Santana João Pessoa - PB
 CEP: 54.015-512 - CxP 2 BR 131 0547/143

PROB. LEI Nº 001 DE 1990 P. 12/2019
 Nº 001/2019
MATRÍCULA
 19774112
 449010010
 1171220211

COMITÊ DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS HÍDRICOS

ORIGINAL DO AUGUSTO
 RUA JOSÉ DE ALMEIDA, 46 - FÁBRICA SANTA
 RUA DA PÁTRIA - 0100

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Famílias	Comerc	Indus	Públic	
IMP. UNID. 2.55.01527.0100	0100	1	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
S155363534	06/11/2015	FÁBRICA SANTA	INSTALADA	INSTALADA		
ATTENTON	ATTUAL	COMPUNO (113)	10.4 DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
930	943	13	32	07/08/2020		
11311	COMP. ZAPUN	LEIT	QUANTID.	RES. APLICADO	20 POINT	05/2017 113
JUN/2020	11					
MAI/2020	15					
ABR/2020	15					
MAR/2020	17					
FEV/2020	18					
JAN/2020	15					
DEZ/2019	15					
		PARÂMETROS		ELIG.	ATUAL 1%	CONFORMES
		TURBIDEZ		20	85	85
		CLORO		20	85	85
		PH		8	0	0
		CON		20	22	22
		COL. TOTAIS		20	85	85
DADOS REFERENTES A: 04/2020						

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
 RUA: AGENTE SOCIAL JOSE COSTA DUARTE S/N
 58056-584 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Ficha Nr: 30853 Atd: Nao Regulado
 Data: 23/07/2020
 Hora: 19:13:10
 Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUES
 Clinica: CIRURGICA

FAX: () - CNPJ: _____

 DADOS DO PACIENTE
 Nome: REGINALDO AUGUSTO Num. de vezes atendido: 1
 Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 552.420.574-91 Num. Prontuario: 2020.07.002065
 CNS: 700009384738209 Sexo: M IDENTIDADE: 1173688 Fone: 988534426
 Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/07/1967 Id: 53 ano(s)
 End.: RUA JOSE DE ALENCAR, 46
 Bairro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB Pai: JOSE AUGUSTO
 Mae: JOSEFA AUGUSTO SOARES
 Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
 Ocupação: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE Escolaridade: NAO INFORMADO
 INFORMACOES DE ENTRADA
 Resp.: FILHA - RUTE
 Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
 Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
 Vitima de acidente por: NAO
 Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICAOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
 Tipo de Classificacão de Risco:
 PA: FR: Aparentemente Bem Grave
 FC: TP: Politraumatizado Convulsao
 Peso: Altura: Hemorragia Dispineia
 Glicemia: IMC: Diarreia Agitado
 Circ. Abd: O2%: Regular Chocado
 Vomito
 Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente vítima de queda de moto Parado (sic) referir que se acordou logo após, com dor intensa abdominal, mais intensa à direita do lado direito, com vômito, febre, e dor de cabeça. *paciente vítima de queda de moto Parado (sic) referir que se acordou logo após, com dor intensa abdominal, mais intensa à direita do lado direito, com vômito, febre, e dor de cabeça.*

Diagnostico *Rx do abd + Tomografia*
 Conduta *- Nos 2 exames Gds -*
- Avaliação de outros Gds

Prescrição | Horario da medicacao

Reginaldo Gondim
 Cirurgião Geral
 CRM-PB 11146

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DD SOB ANESTESIA
GEP 800 E ANTIBIÓTICO
POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS.

Incisão:

POSTEROLATERAL ESQUERDA

Achados:

VIZUALIZADA FRATURA
COMINUTIVA DE MALSORO ESQUERDA

Conduta:

FIXAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
APÓS CURETAGEM DE SUCO 1/3 TUBEROSO
EM MALSORO LATERAL ESQUERDA
COM FIOS + OL PARA FUSO TRANSIN-
DETERMINADA. SOB USO DE INTEN-
SIFICADOR DE FIOS COM.

Fechamento:

SUTURA POR PNEUMOS
CURATIVO

OBS:

OUTO HOSPITALAR EM 24/04/20
PCTO SEM QUEIXAS

Data: 27/07/2020

Dr. Klênio F. de Nóbrega

CRM 11.094 PB

Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192 - SANTA RITA/PB



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 23/07/2020	Nº PROTOCOLO 2846990	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA	Nº / Equipe USB-10A	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 17:48 Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Reginaldo Augusto		Idade 53	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:		
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> RIO TINTO <input type="checkbox"/> MARCAÇÃO <input type="checkbox"/> BAIA DA TRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS:						
Logradouro Rua José de Alencar		Bairro Tibú Fabiana Juvenis		Médico Regulador		
Quantidade de vítimas no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhamento a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Hosp CHM Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA			
Motivo:			
CAUSAS EXTERNAS		HOSPITAL DE ORIGEM:	
Acidente de Trânsito		Responsável:	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto		Hospital de Destino:	
<input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto		Responsável:	
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:		ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro		<input type="checkbox"/> AIDS	
<input type="checkbox"/> Capotamento		<input type="checkbox"/> Doença Mental	
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Doença Renal	
<input type="checkbox"/> F.A.F.		<input type="checkbox"/> Droga	
<input type="checkbox"/> F.A.B.		<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	
<input type="checkbox"/> Agressão Física		<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores	
<input type="checkbox"/> Afogamento		<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada _____		<input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Contínuo	
<input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento		Quais? _____	
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico			
<input type="checkbox"/> Outro:			

1. DADOS VITAIS
PA: 380/220 FC: 88 FR: 20 HGT: _____ SpO2 - S/O2: 98 SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO ENFERMEIRO(A) OU EVOLUÇÃO MÉDICA
 vítima encontrava-se sentado em cadeira com o MSE elevado, querendo-se muito por no MSE;

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
 Diagnósticos de Enfermagem: Dor Imobilizada Prejudica
 Prescrição de Enfermagem: Imobilização, A.V.P. + Protocolo
 Intervenções: Melhoria da Dor.

Evolução do Enfermeiro: vítima de queda de moto com fratura luxação com suposta fratura fechada de tornozelo (E), apresentando peso dependente
 ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: remissão; Adm. 2 amp. de dipi-
 pirona EV.

2- VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO
 Espontânea Assistida Ritmo Irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Creptação Hemoptise Expectoração Enfisema subcutânea Hálito Etilíco

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: MSG (Tornozelo)

3.2 - PERFUSÃO
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO
 Regular Irregular Fino Chelo Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECG: 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento: _____ Hemorragia vaginal: _____ Trabalho de parto: _____ Normal: _____ semanas: _____

Encontrado Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando outro: _____
 Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	DEA	KED Adulto	Sonda vesical
<input checked="" type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotiróidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input checked="" type="checkbox"/> Cuartivo	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros

Descrição dos procedimentos(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VITIMA
 Não Sim
 Objetos: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do receptor: _____

MÉDICO(A):
 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO-CONDUTOR: Normanda MATRÍCULA: _____
 TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____
 ENFERMEIRO(A): Janeira COREN: 489615
 MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____
 ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____
 TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ___/___/___

Nome: Reginaldo Caspary

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

QPD: _____

HDA: _____

F + de TNR

Medicações em uso: _____

Dr. Gustavo Paulo C. de Queiroz
 Médico Gerontopsiquiatra
 CRM-PB 74.301/11-01-16239

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso ___ Kg em ___ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1494438890

NOME
 REGINALDO AUGUSTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 1173688 SSP PB

CPF
 552.420.574-91 DATA NASCIMENTO
 03/07/1967

FILIAÇÃO
 JOSE AUGUSTO
 JOSEFA AUGUSTO SOARES

Nº REGISTRO
 05747944400

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 A

VALIDADE
 11/08/2022 1º HABILITAÇÃO
 08/04/2013

OBSERVAÇÕES
 A ;



Reginaldo Augusto
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 14/08/2017

Arvalok
 ASSINATURA DO EMISSOR
 45603010042
 PB035177462

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1494438890

PARAÍBA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304210/20

Vítima: REGINALDO AUGUSTO

CPF: 552.420.574-91

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO AUGUSTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

REGINALDO AUGUSTO : 552.420.574-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/10/2020
Nome: REGINALDO AUGUSTO
CPF: 552.420.574-91

REGINALDO AUGUSTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE