



Número: **0807338-43.2021.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **21/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO AUGUSTO (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53355 869	18/01/2022 14:47	<a href="#">2851261_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

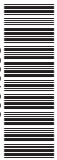
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01365/01366 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010683



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: REGINALDO AUGUSTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000081917-8

---

---

Nr. da Autenticação 9D72DC0687E743BB



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





# 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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR  
17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) OP13  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 81917  
(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.  
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; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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 previa 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 (vivo/nascido)?  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 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.

34 -  Não Alfabeticizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Paraná, 26/10/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Reginaldo Augusto  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

FPS.001 V002/2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 05320.01.2020.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05320.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:35 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil de Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Reginaldo Augusto**, CPF nº 552.420.574-91, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, profissão Agente de Saúde, filho(a) de Josefa Augusto Soares e Jose Augusto, nascido(a) em 03/07/1967 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose de Alencar, Nº 46, bairro Tibiri Fábrica, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

**Dados do(s) Fatos:**

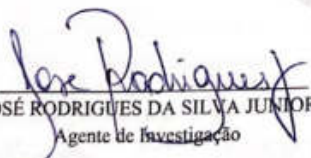
Local: Rua Jose de Alencar, Xxx, Santa Rita/PB, bairro Tibiri Fábrica; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/07/20 17:48h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE 23/07/2020, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2013, PLACA OFY-5016/PB, CHASSI 9C2KD0540BR139554, REGISTRADA EM NOME DE REGINALDO AUGUSTO, NA RUA JOSE DE ALENCAR, TIBIRI FABRICA, SANTA RITA/PB, QUANDO UMA PESSOA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE SEM QUE ESTE NOTIFICANTE ESPERASSE, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA PARA NÃO BATER NA MESMA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ROMERO RUAN C. DE QUEIROGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de outubro de 2020.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
REGINALDO AUGUSTO  
Noticiante

Procedimento Policial: 05320.01.2020.1.00.401





# 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

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) OP13  
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 81917  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
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 previa 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 (vivo/nascido)?  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.

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Paraná, 26/10/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) [Assinatura]  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

FPS.001 V002/2019





# CAGEPA

Comissão de Acompanhamento e Gestão de Água  
Rua Petrópolis Com. 239 - Jaqueira João Pessoa - PB  
CEP: 54.015-570 - CNPJ Nº: 13.155.477/147

PROVA DE APROVAÇÃO EM CAGEPA  
MATEMÁTICA

19774502

04-04-2020

13/01/2020

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DE ÁGUA / SERVIÇOS

REGINALDO AUGUSTO  
RUA JOSÉ DE ALESCANI, 46 - FIM DE FABRICA SANTA  
RUA PH SÁBIDO - 0600

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Ressaca	Comum	Reserva	Pico	
003.002.235.01527.0100	0100	1	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Ergolo		
5155363534	07/11/2015	ESCALA INDICADA		INDICADA		

ATENÇÃO	ATUAL	CONSUMO (lts)	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA	
930	943	13	32	07/08/2020	
ÚLT. CONS. ZAPION	LEIT. I QUANTID.	REA. C. ANEXO 20	PORT.	05/2017	115,
JUN/2020	11	PARÂMETROS	FAIG.	ATUAL	CONFORMES
MAI/2020	15	TURBIDED	70	85	85
ABR/2020	15	CORO	70	85	85
MAR/2020	17	PH	8	0	0
FEV/2020	18	CON	70	72	72
JAN/2020	15	COL. TOTAIS	70	85	85
DEZ/2019	15	DADOS REPERTEIOS ATUALIZADOS			



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE SOCIAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

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

-----  
DADOS DO PACIENTE  
Nome: REGINALDO AUGUSTO  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 552.420.574-91  
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  
Mae: JOSEFA AUGUSTO SOARES Pai: JOSE AUGUSTO  
Ra: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)  
Ocupação: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
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 CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação 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 Ultimeira de queda de  
mota Parado (5m). referir uso de ingrediente branco TLE, Branco Parado ASSOMINOL, Mas nao a b. @  
do caso. Exame fisico, laboratoriais, exames de  
de m. de SE - R. per. An. de 15 AN, 3/1 exame: PA: 160/90, 160/90*

Diagnostico *Transtorno de ansiedade* | Conduta *Rx de 10' @ + Tans hto  
- Nao de 10' @ + Tans hto  
- Ausencia de sintomas*  
Prescricao | Horario da medicacao

**Reginaldo Gondim**  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 11146





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DD SOB ANESTESIA  
GEPERADA E ANTISSEPTICA  
APÓS O DE CAMPOS ESTÉRIS.

Incisão:

POSTEROLATERAL ESQUERDA

Achados:

VISUALIZADA FRATURA  
COMINUTIVA DE MALSOLLO ESQUERDO

Conduta:

WUNC DO FOCO DE FRATURA  
POSICÃO DE FOCO 1/3 TUBULAR  
EM MALSOLLO LATERAL ESQUERDO  
E FURAS + OL PARA FUSO TRANSMI-  
SIVEL SOB USO DE INTEN-  
SIFICADOR DE FUA BOM.

Fechamento:

SUTURA POR FIORES  
CURATIVO

OBS:

OUTA HOSPITALAR EM 24H 55  
PCTO SINE AQUEIXOS

Data: 27/07/2020

Dr. Klênio F. da Nóbrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





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	Nº PROTOCOLO	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA	Nº / Equipe	Plantão: Dia <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/>	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
23/07/2020	2846990		USB-10A		17:48 Hs	Hs
Paciente / Usuário				Idade	Sexo	Telefone:
Reginaldo Augusto				53	<input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> RIO TINTO <input type="checkbox"/> MARCAÇÃO <input type="checkbox"/> BAIA DA TRAIÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
Logradouro				Bairro	Médico Reguleador	
Rua José de Alencar				Tubi, Fátima Soares		
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						
Hospital CUM				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			Hospital de Origem: _____
Motivo: _____			Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS			Hospital de Destino: _____
Acidente de Trânsito			Responsável: _____
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Contínuo
<input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto			
<input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____			
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro			
<input type="checkbox"/> Capotamento			
<input type="checkbox"/> Outro: _____			
<input type="checkbox"/> F.A.F.			
<input type="checkbox"/> F.A.B.			
<input type="checkbox"/> Agressão Física			
<input type="checkbox"/> Afogamento			
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada _____			
<input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento			
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico			
<input type="checkbox"/> Outro: _____			

1. DADOS VITAIS  
PA: 180/90 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 sentada em cadeira com o MSE elevado, queixando-se muito dor no MSE;

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
 Diagnósticos de Enfermagem: Dor, Imobilidade Prejudicial  
 Prescrição de Enfermagem: Imobilização, A.V.P. + Protocolos  
 Intervenções: Necessária do Dr.  
 Evolução do Enfermeiro: Vítima de queda de moto com cinto orientado, eupneico, Apúlcil, apresentando luxação com suposta fratura fechada de 1ª metacarpo (E), apresentando peso-dependente  
 ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remoção, Adm. 2 amp. de dipi-  
 pirona EV.







### FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Reginaldo Caspary **Data da Admissão:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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 TN2.

*Dr. Suelio Moreira Torres  
Médico (Ortopedia) OAB/SC  
CRM-PR 14911/OT 16239*

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

**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  
 Dispneia  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-reposou  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSQ:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 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

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
 A

Nº REGISTRO  
 05747944400

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

*Avulok*  
 Assessor V. em de S. S. S.  
 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  
**CPF de:** Próprio  
**Data do acidente:** 23/07/2020  
**Titular do CPF:** REGINALDO AUGUSTO  
**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### 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](http://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

