
Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346549

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346549

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO**

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

Banco: **104**

Agência: **000001010**

Conta: **0000037461-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 884562504-49 Nome completo da vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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

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

Profissão: _____ Endereço: RUA MILTON GODES PEREIRA Número: 186 Complemento: CASA

Bairro: CRISTO REDEMIDA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: _____

E-mail: NAO POSSUI Tel. (DDD): (33) 991090883

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itai (342)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 000374619 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A BOGO

Reginaldo de Assis Vieira Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinado em 27 MAIO 2019
PROTUBULO
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



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
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	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Destino do Condutor Socorrido para o Hospital de Trauma				

VEÍCULO 01

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

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

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

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

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO - BOAT Nº 0513 - 2018

VITIMA 01

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

VITIMA 02

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

VITIMA 03

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

CONSTATADO

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

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

Não havia marcas de frenagem.

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

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

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


Danilo Manoel Da Silva Campelo – Cabo 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



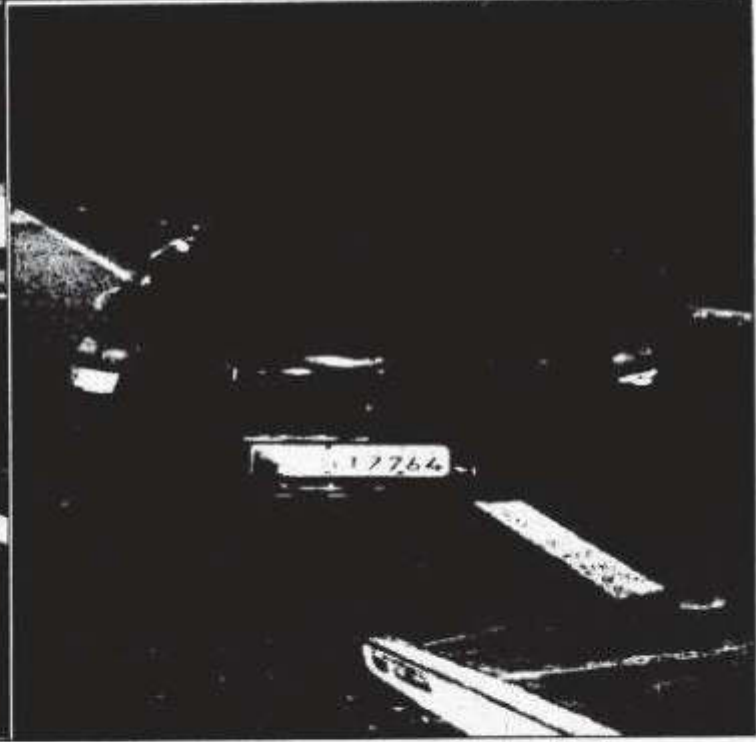
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0513/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



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

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



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

AMARRAÇÕES

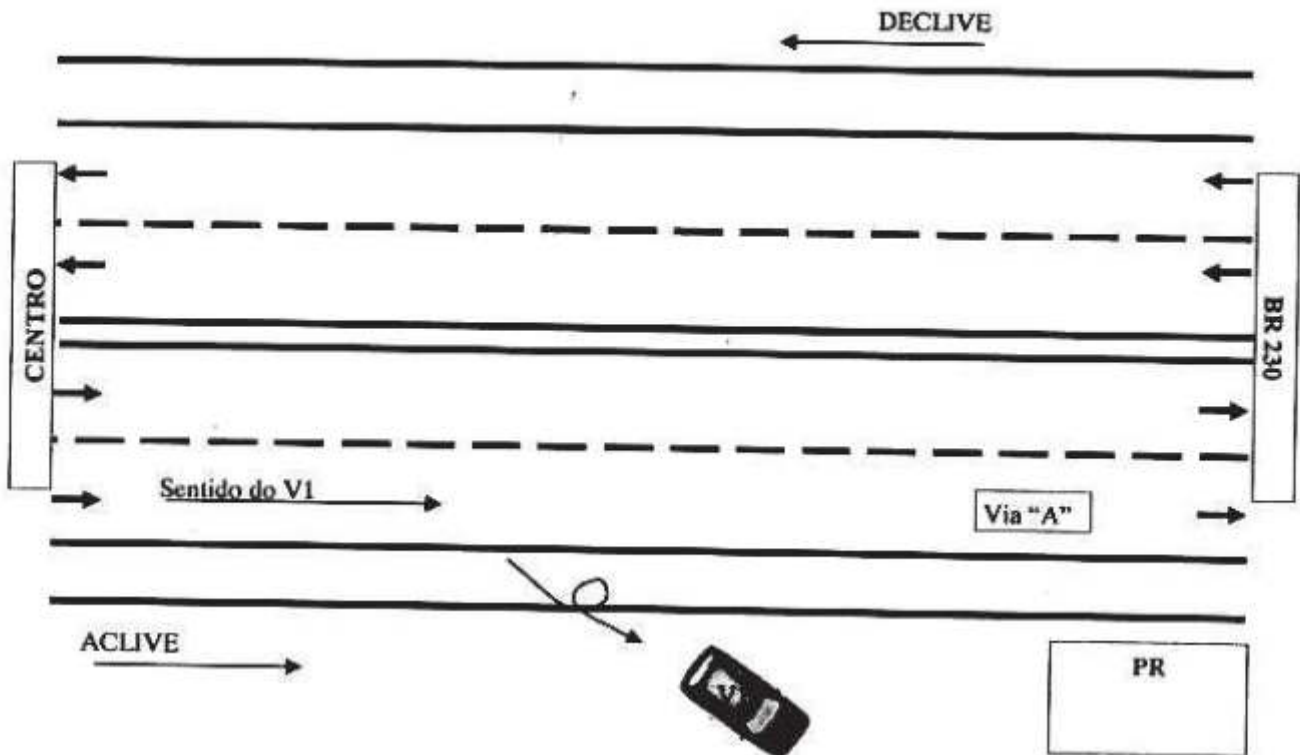
VIA "A" - Avenida Gal. Aurélio de Lyra Tavares 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Pousada Bandeirantes

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

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

V2 (Veículo 02)



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

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORDEMADA ESCALA

AVARIAS



V1

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
 Responsável pelo Levantamento



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



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

DANOS NO V1

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

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE


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

Observações: DANO DE GRANDE MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.


 Danilo Manoel De Sousa Campelo - Cabo PM
 Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 FM: 25109/2018



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 884562504-49 Nome completo da vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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

Nome completo: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO CPF: 884562504-49
 Profissão: _____ Endereço: RUA MILTON GODES PEREIRA Número: 186 Complemento: CASA
 Bairro: CRISTO REDEMIDA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: _____
 E-mail: NAO POSSUI Tel. (DDD): (33) 991090883

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

RENDA MENSAL:
 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itai (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1010 CONTA: 000374619 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Nome: _____
 CPF: _____

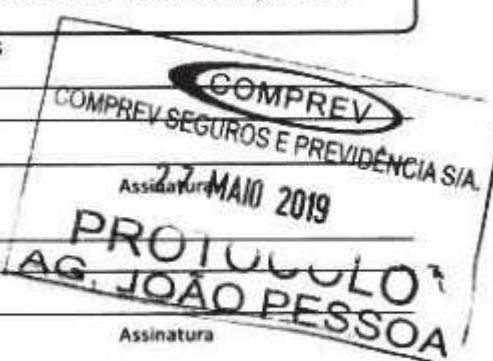
(*) Assinatura de quem assina A BOGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura

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

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



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 884.562.504-49, vítima de acidente de (capotamento), ocorrido na Aceso Oeste, Alto do Matheus - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-44**, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior e escoriações nos membros inferiores, superiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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

JYHARNESOS VIEIRA DE SOUSA
2ª SEÇÃO - MAT. 527.241-2
Chefe da 3ª Seção



GOVERNO DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar de 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: crahbba@bombeiros.pb.gov.br

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 238, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-000
CNPJ 06.298.185 / 0001-40 - Ins. Est. 19.018.823-0

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

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

DAOS DO CLIENTE

CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO
RUA HILTON GUEDES PEREIRA 158
JOÃO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/484302-5

REFERENCIA

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

CAMILA CINTIA DOS SANTOS GOLZIO

Telefone: 12-002-636-7588

83800000001-8 10190148868-8 04843023018-3 05200002019-8

VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,19

MATR. CULA

4843023018-3





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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



TRATAMENTO:

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

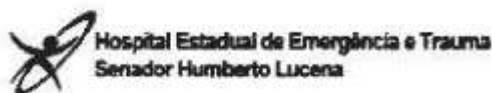
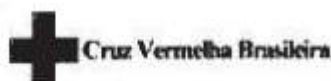
ALTA HOSPITALAR: 17/08/18
DATA DA EMISSÃO: 16/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIBIOPET
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Nome: <u>Reginaldo de A. V. P. C.</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de crânio D</u>				
Diagnóstico Definitivo: -				
Diagnóstico Secundário: -				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Osteotomia e placa bloqueada - 1</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>1st ambulatório e 1to dia de 19.08.18 por Dr. Carlos Alberto de S. Souza</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta: _____				
Repouso: Relativo em casa por, _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa: _____				
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>17 de 03 de 18</u>				
				Ass. Médico/CRM
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

Anamnese

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

CONDUTA : INTENAMENTO PARA TTO. CIRURGICO

ORIENTADO POR DR. TIBERIO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <80)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

Boletim registrado por: JORDAN APOLINÁRIO FIGUEIREDO em 21/07/2018 21:34:12

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT @6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

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

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

EXAME DE IMAGEM

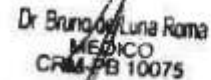
ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

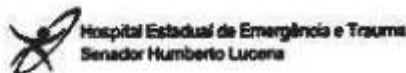
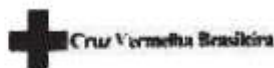


REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO



Dr Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 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		BAE 1096141	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 (83) 98873711
Mãe SEVERINA TAVARES DA SILVA				Prontuário
Endereço NILTON GUEDES PEREIRA, 166		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)		Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2018 21:32:00			Data/Hora Prescrição 21/07/2018 21:44:21	
Anamnese				
#CIRURGIA GERAL#				
PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ MENOS DE 01 HORA, APARENTEMENTE EMBRIAGADO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. NEGA USO DE CINTO DE SEGURANÇA. AO EXAME:				
A: VIAS AEREAS PERVIAS, CERVICAL ESTÁVEL				
B: VENTILANDO BEM, TORAX INDOLOR, MV+ EM AHT, SEM RA				
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME INDOLOR, PELVE SEM SINAIS DE INSTABILIDADE				
D: GLASGOW 15, MOVIMENTOS DE EXTREMIDADES PRESERVADAS, PUPILAS ISOCORICAS				
E: HEMATOMA EM BRAÇO DIREITO. PROVAVEL FRATURA DE UMEMO				
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
(2489/PB)



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

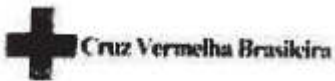
PACIENTE SEGUE INTERNADO REFERINDO FOR NO BRAÇO DIREITO.
EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO

CD:AGUARDA PLACA PHILLUS LONGA, MANTENHO MEDICAÇÃO ORAL.

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

BRUNO DE LUNA ROMA
MEDICO
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075



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 1098141	Data/Hora Entrada 21/07/2018 21:32:00	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/07/1973	Idade 45	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110007
Tempo de internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DE UMEMO DIAFISARIO
PACIENTE BEM CLINICAMENTE
TROCO IMOBILIZACAO
AUMENTO ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011
Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7825

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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Solicitação para Aquisição de Órtese - Prótese não Padronizados



HETSIII

PACIENTE: <i>Roginaldo de</i>		IDADE:	
SETOR:	LEITO:	DATA: <i>22/10/11</i>	HORA:

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICATIVA: (assinatura e carimbo do médico solicitante)

Fratura de membro superior

ESPECIFICAR MATERIAL:

Placa Platin Longa



PARECER DO COORDENADOR DO SERVIÇO: (assinatura e carimbo)

Autorização da Direção Técnica:

CIÊNCIA DA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA:

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

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

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

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

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

6 - DATA DE NASCIMENTO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CMS) _____

8 - SEXO MASC FEM

9 - Nº DO PRONTUÁRIO **3096343**

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

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

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR _____

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____

23 - CID 10 PRINCIPAL _____

24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

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

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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

31 - QTD _____

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

34 - QTD _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

37 - QTD _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC

Cx. 3,5 BLOQUEADA PHILLUS

PLACA BLOQUEADA 9x12

PARAFUSO CORTICAL Nº 28

PARAFUSO { Nº 28 — 01 Nº 45 — 02

{ Nº 36 — 01 Nº 50 — 02

B. BRAUN — AGULHA BLOQ. PUNZO 50 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO **14/08/18**

41 - DOCUMENTO _____

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR _____

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

47 - DOCUMENTO _____

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

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

AUTORIZAÇÃO

Dr. Carlos Alberto de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28.804/PR, PE 22.224



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO BE/PRONTUÁRIO 1096141
IDADE: _____ SEXO: MASC FEM COR: _____ DATA: 14/08/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO

CIRURGIÃO: DR CARLOS ALBERTO 1º ASS: DR. SAVIO
2º ASS: DR RENNA 3º ASS: MR1 DANIEL
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA	

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

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

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

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 14/08/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Inclusão:
VIA DE ACESSO DELTOPEITORAL E UMEMO DISTAL -EM PONTE-
DIVULSÃO, DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:
FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO COMINUIDA

Condução:
REDUÇÃO INDIRETA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA UMEMO
9X12 FUIOS + 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:

Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11114

João Pessoa,

14/08/2018



FICHA DE ANESTESIA

HE-7512

DATA: 31/03/15

PRONTUÁRIO: 10.561.41

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

PRESSÃO ARTERIAL: 130/80/80 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 70kg GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VPN

AP. RESPIRATÓRIO: 12 AP. CIRCULATÓRIO: 120

AP. DIGESTIVO: regular ESTADO MENTAL: avaliado/estável DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADO FÍSICO (ASA): I

DISE: HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fractura de costela (D)

CIRURGIA REALIZADA: TK: costela

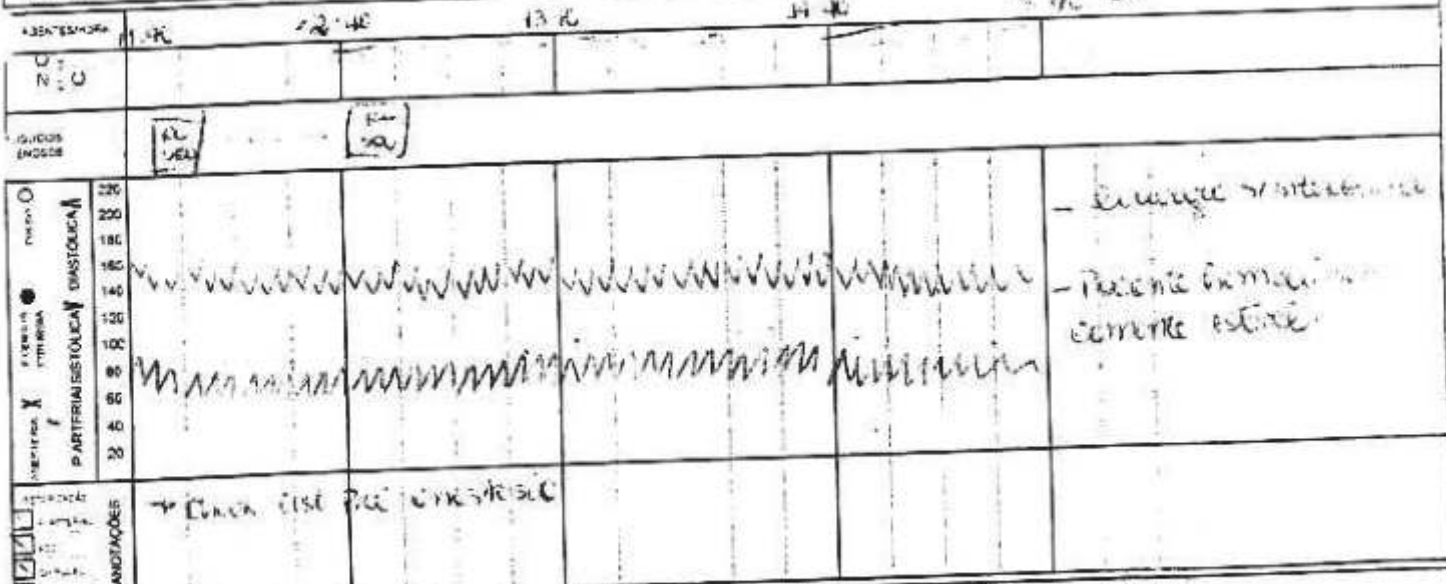
CIRURGIÃO: Dr. Carlos AUXILIARES: Dr. Oscar

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

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

ANESTESISTA: Dr. Roberto / CPF: XXXXXXXXXX (R2) CRM-PB:

Dr. João Roberto Neto
Médico
CRM-PB: 10.561.41



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS: BLOQUEIO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO EM	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	<u>Midazolam 5mg</u>	<u>10mg</u>									
2	<u>Fentanyl 50mcg</u>	<u>100mcg</u>									
3	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									
4	<u>Meperidina 1% 30mg</u>	<u>30mg</u>									
5	<u>Midazolam 5mg</u>	<u>10mg</u>									
6	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									
7	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									
8	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									
9	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									
10	<u>Propofol 1% 50mg</u>	<u>100mg</u>									

DESCRIÇÃO DO PACIENTE: paciente em boas condições clínicas, sem comorbidades relevantes, com função renal e hepática preservadas.

DESCRIÇÃO DO ATO ANESTÉSICO: Realizado bloqueio plexo braquial com uso de Meperidina 1% e Propofol 1%. O paciente evoluiu satisfatoriamente durante o procedimento.

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

F. INGLASCOM 025-1

Reginaldo de Assis Vieira Filho

09.07.1973

094562504 49

010

OHILÉ VIEIRA SISSY ET OUIVILKIN

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO - DI-F.01




ALFA ROMEO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

7230/0125

05 07 01

09.07.1973

094562504 49

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 1.607.314-2º Via Expediente DATA DE EMISSÃO 23.08.1999

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Reginaldo de Assis Vieira

Filiação Severina Tavares da Silva

João Pessoa - PB

09.07.1973 DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 61.116, Es. 12, V. Hv. A. 8

3º Cart. de João Pessoa - PB

884.562.504-49

Alameda de Caravelos

Alagoinhas - PB

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 MAIO 2019

PROTUCULO

AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 884562504-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

27/05/2019

SEGUROSOS S.A.

INVALIDEZ PERMANENTE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/05/2019

IDENTIDADE 1.607.314

ASSINATURA Reginaldo de Assis Vieira Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. (P7)

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178077/19

Vítima: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF: 884.562.504-49

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF de: Próprio

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

REGINALDO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS