

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180342671

**Vitima:** REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

**Data do Acidente:** 27/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** VALTER LUCIO LELIS FONSECA

**Assunto:** AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180342671**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:           REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro:                 3180342671

Vítima:                     REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente:         27/04/2017

Cobertura:                INVALIDEZ

Procurador                VALTER LUCIO LELIS FONSECA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180342671**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3390342671

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4969.768 EXPEDIDO POR SSP-PB EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ E

CPF 021344214-01 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO VIGILANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada no pedido;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00048671-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA, 21 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Reginaldo Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

✓



10/24  
REGINALDO RODRIGUES SILVA  
1914 013 00048671-3

The bottom portion of the card features the name "REGINALDO RODRIGUES SILVA" and the identification number "1914 013 00048671-3" on the left. On the right, the "elo" logo is displayed in a lowercase, rounded, sans-serif font.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00757.01.2017.1.05.014**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00757.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 19 de julho de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, matrícula 674184, e lavrado por Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula 1356704, ao final assinado, compareceu **Reginaldo Rodrigues da Silva**, CNH nº 1290201936, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria José Euzébio e Antonio Rodrigues da Silva, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 28/04/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prefeito Lourival Caetano, Nº 164, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Colégio Manoel Faustino, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98707-1165.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Gauchinha, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/04/17 06:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, afirma o notificante que na manhã do dia 27/04/2017, por volta das 06h20min se dirigia para o seu local de trabalho, pilotando sua moto de marca HONDA/NXR150 BROS MIX ES, cor preta, ano e modelo 2010, chassi nº 9C2KD0520AR022814, placa MOI4982-PB, quando teve sua moto colidida com outra moto, fato ocorrido na BR 101, Costa e Silva, João Pessoa - PB, tendo sido socorrido para o Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortortrauma - Mangabeira), pela equipe do SAMU, onde lá foi diagnosticado fratura de ossos do antebraço direito, conforme Certidão nº 0896/2017 e Declaração do SAMU, informando que ele estava pilotando a moto cujo documento se encontra em seu nome; QUE, foi cientificado para procurar também a 8ª DD, caso deseje ser instaurado procedimento policial.

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.

Santa Rita/PB, 19 de julho de 2017.

GILVANILDO FERNANDES DE BRITO  
Escrivão de Polícia

REGINALDO RODRIGUES DA SILVA  
Notificante



Procedimento Policial: 00757.01.2017.1.05.014

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro, divorciado/convivente, vigilante, RG nº 1.969.768 – SSP/PB, CPF nº 021.344.214-01, e-mail: [reginaldorodrigues28041973@gmail.com](mailto:reginaldorodrigues28041973@gmail.com), residente e domiciliado na Rua Prefeito Lourival Caetano, nº 164, Eitel Santiago, Santa Rita/PB, CEP 58.919-000, **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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 5º da Lei nº 6.194/74.

Declaro, ainda, estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PESSOA, 21 DE AGOSTO DE 2017  
Local e data

Reginaldo Rodrigues da Silva  
- Declarante -



✓



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
 Av. Diógenes Chianca, 1777  
 Água Fria - CEP 58053-900  
 João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/007, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1678385, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA** idade 44 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 27/04/2017, na BR 101, Bairro: Costa e Silva - João Pessoa - aproximadamente às 06:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 04 de Maio de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto  
 Estatístico  
 CREIS - Região: 10174

Jefferson da Rocha Augusto  
 Matrícula: 67.155-6  
 Coordenação do SAME  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

8380000000-7 82970054000-0 16903492017-8 08300090019-8  
 VENCIMENTO 04/07/2017  
 TOTAL A PAGAR R\$ 82,97



**Indicadores de Qualidade**

Limite Apurado	Limite de Tensão (N)	Valor (%)
100%	220V	100%
95%	220V	95%
90%	220V	90%
85%	220V	85%
80%	220V	80%
75%	220V	75%
70%	220V	70%
65%	220V	65%
60%	220V	60%
55%	220V	55%
50%	220V	50%
45%	220V	45%
40%	220V	40%
35%	220V	35%
30%	220V	30%
25%	220V	25%
20%	220V	20%
15%	220V	15%
10%	220V	10%
5%	220V	5%
0%	220V	0%

9912113c ea29 7319 1ab1 a901 807a 00be

**VENCIMENTO 04/07/2017**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 82,97**

BASE DE CÁLCULO	VALOR
CONSUMO	73,19
IMPOSTOS	1,00
TOTAL	82,97

**Histórico de Consumo (kWh)**

Data	Consumo (kWh)
01/06/2017	73,19
02/06/2017	73,19
03/06/2017	73,19
04/06/2017	73,19
05/06/2017	73,19
06/06/2017	73,19
07/06/2017	73,19
08/06/2017	73,19
09/06/2017	73,19
10/06/2017	73,19
11/06/2017	73,19
12/06/2017	73,19
13/06/2017	73,19
14/06/2017	73,19
15/06/2017	73,19
16/06/2017	73,19
17/06/2017	73,19
18/06/2017	73,19
19/06/2017	73,19
20/06/2017	73,19
21/06/2017	73,19
22/06/2017	73,19
23/06/2017	73,19
24/06/2017	73,19
25/06/2017	73,19
26/06/2017	73,19
27/06/2017	73,19
28/06/2017	73,19
29/06/2017	73,19
30/06/2017	73,19
01/07/2017	73,19

**Faturas em atraso**

Data	Valor (R\$)
01/06/2017	73,19
02/06/2017	73,19
03/06/2017	73,19
04/06/2017	73,19
05/06/2017	73,19
06/06/2017	73,19
07/06/2017	73,19
08/06/2017	73,19
09/06/2017	73,19
10/06/2017	73,19
11/06/2017	73,19
12/06/2017	73,19
13/06/2017	73,19
14/06/2017	73,19
15/06/2017	73,19
16/06/2017	73,19
17/06/2017	73,19
18/06/2017	73,19
19/06/2017	73,19
20/06/2017	73,19
21/06/2017	73,19
22/06/2017	73,19
23/06/2017	73,19
24/06/2017	73,19
25/06/2017	73,19
26/06/2017	73,19
27/06/2017	73,19
28/06/2017	73,19
29/06/2017	73,19
30/06/2017	73,19
01/07/2017	73,19

**Conta referente a** Jun / 2017  
**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisacom.br  
**UC (Unidade Consumidora): 5/1690349-4**  
**CPF/CNPJ/RANI** 28/07/2017  
**Data prevista da próxima leitura** 27/06/2017  
**Anterior** (Atual) Constante Consumo Dias

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisacom.br  
 Canal de contato  
 Energia para Bem Ambientado: 0800 083 0196

vivo

PATROCINADORA  
OFICIAL DA  
SELEÇÃO



0129 - CTC RECIFE PE PL12

VALTER LUCIO LELIS FONSECA  
AVENIDA JUAREZ TAVORA 522 ED Maximum Sala  
410  
TORRE  
58040-020 JOAO PESSOA PB



7213148850580690000133003930060617

Vencimento  
20/06/2017



Telefônica

Cadastre-se no Conta Online. Saiba mais.



Entre a folha de 18 folhas para  
verificar as informações.



v

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALTER LUCIO LEIS FONSECA inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.698.794 / JO na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário REGINALDO RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.344.234 / OJ, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.344.234 / OJ, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 4.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. JUAREZ TAUBA</u>		Número <u>522</u>	Complemento <u>Edif. Maximum</u>
Bairro <u>TORRE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58040-020</u>
Email <u>VALTERLEIS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3031-9882</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98807-8888</u>

JOÃO PESSOA 01 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



## CERTIDÃO

Nº. 0896/2017

Atendendo solicitação de **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 25222 e prontuário nº 2017.04.004127 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 27/04/2017 às 07H26min, paciente vítima de colisão moto x moto trazido pelo SAMU, com membro superior direito imobilizado com tala referindo dor e em tornozelo direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço direito. Realizado cirurgia dia 05/05/17 e alta medica dia 06/05/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de julho de 2017

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
JOAO PESSOA/ Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 25222 Atd: Nao Regula  
Data: 27/04/2017  
Hora: 07:26:00  
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA  
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987071165  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 08/04/1973 Id: 44 ano(s)  
Rua: RUA PREFEITO LOURIVAL CAETANO, 164 EITEL SANTIAGO  
Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA UF: PB  
Mae: MARIA JOSE EUSEBIO Pai: ANTONIO RODRIGUES DA SILVA  
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)  
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: NAO INFORMADO  
Informacoes de Entrada: O MESMO  
Responsavel: 988917514 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VIT. DE COL. MOTO/MOTO AS 615H NA BR-101  
Vitima de violencia por: PROX. A GAUCHINHA VINDO DO TRAB. (PROSEGURO)  
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Idade: IMC:  
Adm: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave  
 Politraumatizado  Convulsao  
 Hemorragia  Dispneia  
 Diarreia  Agitado  
 Regular  Chocado  
 Vomito

Observacao

Queixa Principal

*Si imobilizado em muleta, si colocou curativo. Com MSD imobilizado e tala preparada em MSD e Fomoxido. Si sentiu queixas. Apresenta emuracao em MMS e II.*

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

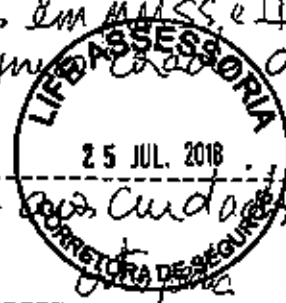
*Do exame: Gloriosa SI deficit apical sup. com curativo avante  
AR: ACV = Abd = Si alt*

Diagnostico

Conduta *Curativa + cuidados da*

Prescricao

Horario da medicacao



*Augusto Cesar Godinho  
5708*





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA sob bloqueio troncular.
- 2) Gaseificação + limpeza + antiseptia.
- 3) Aplicação de campos estéril.

### Incisão:

- 1) Incisão porosa lateral em região do antebraço D.
- 2) Incisão antero lateral em região do antebraço P.

### Achados:

- 1) Fratura em região distal de rádio de ulna.
- 2) Fratura em região de distal de ulna.

### Conduta:

- 1) Redução + fixação de fratura de rádio com os placas DCP com os fios.
- 2) Redução + fixação de fratura de ulna distal com os placas DCP com os fios.
  - 01 parafusos corticais n.º 18
  - 03 parafusos corticais n.º 20
  - 01 parafusos corticais n.º 14.



### Fechamento:

- 1) Fechamento de fendas operatória por planos com fios de sutura.
  - 2) Imobilização elástica com gaze estéril + retirada de gaze.
- OBS:
- 1) Tala axila posterior
  - 2) Anestesia de contato.

Data: 05/05/2017

Dr. Rago Bruno F. Pinheiro  
Médico  
CRM 18933-PB

MÉDICO/CRM



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Reginaldo Rodrigues da Silva</u>					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>44 anos</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR: <u>O</u>	CLÍNICA: <u>ARTÓPOSA</u>	ENF: <u>03</u>	LEITO	

DATA DE ADMISSÃO: <u>27.04.2017</u>	DATA DE ALTA: <u>06.05.2017</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>09 d.</u>
-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura simples Antebraço (D)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: Rx de Antebraço (D)

PROCEDIMENTO REALIZADO: Redução Aberta + Fixação Interna

TRILAPÉTIKA / MEDICAMENTOS:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O.  SIM  NÃO

COLETA DE MATERIAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÃO DE ALTA:  MELHORADO  REMOVIDO  A PEDIDO  CURADO  ÓBITO

RESUMO CLÍNICO:  Paciente com Fratura de antebraço simples fechada. Redução aberta + fixação interna.

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: livre

REPOUSO: Relativo em casa por 20 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 43 dias e com esforço maior em 60 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 este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexima 500mg



RETORNO: Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Dreyfus em 30 dias para revisão.

DATA: 06.05.2017

Dr. Eneias Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM / ROR 2498  
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



### LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Reginaldo Roberto de Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>44m</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR: <u></u>	CLÍNICA: <u>ARTROSCÓPICA</u>	ENF: <u>03</u>	LEITO: <u></u>

DATA DE ADMISSÃO: <u>27.04.2017</u>	DATA DE ALTA: <u>06.05.2017</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>09 d</u>
-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura avulsão Antebraço (D)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: Rx de Antebraço (D)

PROCEDIMENTO REALIZADO: Redução aberta + Fixação interna.

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O.  SIM  NÃO      COLETA DE MATERIAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:  MELHORADO     REMOVIDO     A PEDIDO     CURADO     ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: Historia: evoluiu terapêutica e complicações  
Paciente com Fratura de avulsão do antebraço  
realizada Redução aberta + Fixação interna.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: livre

REPOUSO: Relativo em casa por 20 dias  
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 60 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 este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexima 500mg

RETORNO: Ao posto de saúde em Dr. Dreyfus para retirada de pontos.  
 Ao Ambulatório do Dr. Dreyfus em 30 dias para revisão.

DATA: 06.05.2017

Dr. Enzo P. Bessa Neto  
 MÉDICO  
 CRM/RN 1498      ASS. MÉDICO / CRM



Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

INSTITUTO DE LA VIDA DE BRASIL  
 INSTITUTO DE LA VIDA DE BRASIL  
 INSTITUTO DE LA VIDA DE BRASIL  
 INSTITUTO DE LA VIDA DE BRASIL

NOME: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CATEGORIA: 1969768 027 PB

CPF: 021.344.214-01 DATA NASCIMENTO: 28/04/1973

FRAÇÃO: ANTONIO RODRIGUES DA SILVA MARIA JOSE EUSEBIO

Nº contrato: 1290201936

Nº registro: 02492184575

VIGÊNCIA: 04/09/2013

1ª ANIVERSÁRIO: 17/10/2006

COSEGUROS: A /

Regulamento Estatutário do Instituto  
 RESOLUÇÃO Nº 100/2011

LOCAL: JOAO PESSOA, PB

DATA EXPIRO: 09/08/2016

65401898246  
 98033037930

INSTITUTO DE LA VIDA DE BRASIL



✓

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

PAIS: VALTER LUCIO LEIS FONSECA

13838

FILIAÇÃO:  
 VALTER LUCIO FILHO FONSECA  
 SANDRA DE SOUZA LEIS FONSECA

CATEGORIA:  
 JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO: 03/08/1981

CPF: 010.888.704-10

2647828 - SSP/PB

PLACAR DE REGISTRO: 01 28/06/2012

NÃO

ASSINATURA: *Valter Lucio Leis Fonseca*

QUINZE ANOS DE EXERCÍCIO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461790

USO OBRIGATORIO  
 IDENTIFICACAO CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
 (Art. 13 da Lei nº 8.336/94)



ASSINATURA DO REGISTRADO









**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DIETRAM - PB Nº 013027226826  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 CÓD. RESERVA/RRT 20170000047943-2-2017

VIA 1 0019782726-8 00/00000000 2017  
 LOCAL: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA

02134421401  
 PLACA/RM / UF NOVO PB 9C2KD0520AR022814

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
 HONDA/NXR150 BROS MIX ES

2 P/149 /QT  
 00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMINIO

SANTA RITA-PB 36994  
 DATA 15/02/2017



BILHETE DE SEGURO DPVAT Nº 013027226826

2017  
 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 02134421401/11/11/11, LEIA NO MOI4982/PF  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 WWW.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022.1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/02/2017  
 VIA 1 02134421401  
 PLACA/RM / UF MOI4982/P

HONDA/NXR150 BROS MIX ES  
 ANO FAB. 2010  
 ANO PAR. 2010

9C2KD0520AR022814  
 PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO  
 P A G O

14/02/2017  
 SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
 CNPJ 01.368.230/0001-05

10909-0941065-20170215



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, divorciado/convivente, vigilante, RG nº 1.969.768 – SSP/PB, CPF nº 021.344.214-01, e-mail: [reginaldorodrigues28041973@gmail.com](mailto:reginaldorodrigues28041973@gmail.com), residente e domiciliado na Rua Prefeito Lourival Caetano, nº 164, Eitel Santiago, Santa Rita/PB, CEP 58.919-000.

**OUTORGADO:** VALTER LÚCIO LELIS FONSECA, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB nº 13.838, com endereço profissional na Av. Juarez Távora, nº 522, Ed. Maximum, sala 410, Torre, João Pessoa – PB.

**PODERES:** a quem outorga poderes amplos e irrestritos, para pleitear o **SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)** do qual foi vítima, para o foro em geral, especialmente para representar os direitos do(s) Outorgante(s) em toda e qualquer instância judicial ou extrajudicial, podendo atuar em conjunto ou separadamente, com plenos poderes para ingressar em juízo na qualidade de autor, réu, oponente, assistente, litisconsorte, interveniente ou de qualquer outra maneira interessado, podendo usar todos os meios e recursos necessários para o andamento deste patrocínio, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, recorrer, renunciar, enfim, praticar todos os atos legais, judiciais ou extrajudiciais, visando o justo e fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa/PB, 21 de julho de 2017.

*Reginaldo Rodrigues da Silva*

