
Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595065

Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595065

Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

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 joelho 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: **GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **000000037315-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

CPF ou ASL: 6493139

CPF da vítima: 092 674616.21

Nome completo da vítima: *Grifferson Roberto do Costa Gomes*

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

CPF: 092 674616.21

Número: 222

Complemento: C

Endereço: *Rua Padre Manoel de Souza*

Cidade: *Pernambuco*

Estado: *PE*

CEP: 58398000

Tel.(DDD): 8333341289

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

RENDIMENTO MENSAL: ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ 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) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 00037315

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

eu autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, quando 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

eu, abaixo assinado, 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.

motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação 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) ☐ Divorçado ☐ 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

eu declaro que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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: *Campina Grande - PB 21/10/2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Grifferson Roberto do Costa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

Assinatura do Procurador (se houver) _____

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



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SRPC / 12ª DSPC
DELEGACIA DE REMÍGIO
RUA ERMILA DIAS DE BARROS, 159 - BAIXA VERDE - REMÍGIO - 58398-000 -

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
MARCA DE REMÍGIO

OCORRÊNCIA Nº 000152/19

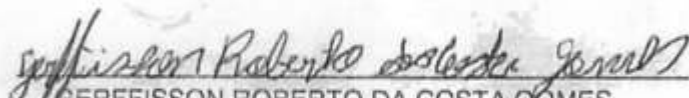
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000152/19 registrada em 15/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos quinze dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de REMÍGIO, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE REMÍGIO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA DO SOCORRO DA SILVA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:52 horas, compareceu o Sr. GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES, com 30 anos de idade, filho de JOSE ROBERTO PEREIRA GOMES e GERLANE DA COSTA GOMES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão FEIRANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 15.994451, expedido pela SSP-MG, com C.P.F. de Nº 09267461621, residindo à rua PADRE CICERO, Nº222, bairro PADRE CICERO, na cidade de REMÍGIO - PB, celular 83 9 9676-2101.

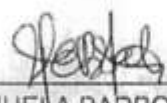
Declarou que:

Que no dia 02/01/2019 estava vindo na BR de Esperança para Remigio, por volta das 14:30h, juntamente com a pessoa de JOSE SILVANO DOS SANTOS, em uma motocicleta; Que o comunicante vinha de garupa; Que JOSE SILVANO é habilitado e era o condutor da motocicleta; Que nas imediações do POSTO JB o condutor perdeu o controle da motocicleta e que os dois caíram ao chão; Que o comunicante foi socorrido por populares para o Hospital de Trauma e Emergência de Campina Grande; Que o comunicante ficou internado por 22 dias, e foi submetido a uma cirurgia no joelho direito; Que o comunicante deveria ficar afastado de suas atividades por 06 meses segunda indicação médica; Que o veículo conduzido por JOSE SILVANO trata-se de : MOTOCICLETA HONDA CG 160 START, VERMELHA, 2015/2016, PLACA QFP 6666-PB, CHASSI 9C2KC2500GR031496, RENAVAL 0110337559-5, EM NOME DE GERALDO ANDRE DE MEDEIROS; Que o condutor do veículo teve apenas algumas escoriações, que o mesmo apresentou documentação (RG 3905465, CPF 105.938.504-08); Que o comunicante veio até esta delegacia para lavrar o fato e através desta certidão ser viabilizada as providências legais para requerer o seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

REMÍGIO, Terça-feira, 10 de Setembro de 2019


GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Declarante


MARIA EMANUELA BARBOSA MARTINS AD HOC
Escrivão

MPC Maria Emanuela B. Martins
MAT.: 182.461-9

Gerison

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: 0366493139	CPF da vítima: 092 674616.21	Nome completo da vítima: Geofferson Roberto do Costa Gomes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012		
Nome completo: Geofferson Roberto do Costa Gomes		CPF: 092 67461621
Profissão: juiz	Endereço: Rua Padua e Silva de Juariz	Número: 222 Complemento: C
Bairro: Centro	Cidade: Pernambuco	Estado: PE
E-mail:	CEP: 58398000	Tel. (DDD): 83 33341289

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) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4668	CONTA: 00037315	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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) ☐ Divorçado ☐ 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

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, **Camipina Grande - PB 21/10/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geofferson Roberto do Costa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000037315-7

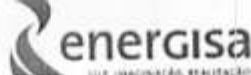
Nr. da Autenticação 15D43C71FAAFE0D4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizante de energia elétrica N° 033.027.919



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

GERLANE DA COSTA GOMES
RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO 222 C
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1118671-5

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

22/10/2019

CONSUMO

194

VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 137,70

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07767.017176 1 80570000013770

Pagador: GERLANE DA COSTA GOMES CNPJ/CPF: 978.357.654-20

RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO 222 C - CENTRO - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007767017	000000000201910	29/10/2019	R\$ 137,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizante de energia elétrica N° 033.027.919



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

GERLANE DA COSTA GOMES
RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO 222 C
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1118671-5

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

22/10/2019

CONSUMO

194

VENCIMENTO

29/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 137,70

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07767.017176 1 80570000013770

Pagador: GERLANE DA COSTA GOMES CNPJ/CPF: 978.357.654-20

RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO 222 C - CENTRO - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007767017	000000000201910	29/10/2019	R\$ 137,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

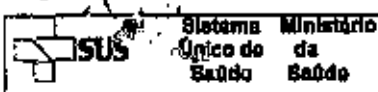
09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Data da Intimação: 02/01/2019 Hora: 17:17:12



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GERFISSEON ROBERTO DA COSTA GOMES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1805505

7 - CARTÃO DO SUS
705000658479151

8 - DATA DE NASCIMENTO
14/09/1988

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
GERLANE DA COSTA GOMES

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 96762101

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA PADRE CICERO, 222, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Remígio

14 - CÓDIGO MUNICIPAL
251270

15 - UF
PB

16 - CEP
58398000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acg com dor de abdômen em região da perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1 TO CIR

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARTEIR DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
02/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CRM 8551

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SINISTRO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID, CBO, EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNES () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

02/01/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1805459

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 02/01/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: GERFFISSON ROBERTO

CEP:58398000

Nascimento:14/09/1988

DA COSTA GOMES

Endereço: RUA PADRE CICERO

Sexo: M

Telefone: 96762101

Idade: 030

Bairro: CENTRO

RG: 15994451

Nº: 222

Cidade: Remígio

Nome da Mãe: GERLANE DA COSTA GOMES

CPF:

Profissão:

Responsável:

Data de

CNS: 705000658479151

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 02/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 16:09:01

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Queda de moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS

Paciente vítima de colisão moto-cer-
va 4 rodas. Não portava capacete na
hora do acidente de bebida alcoólica.
Nessa ocasião, perda consciente ou contus.
Afirma dor em joelho () e ombro ()
e mobilização passiva.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

1. VAP 47/70/120
2. PA 110/70/70. FC 110. SatO2: 97%
3. pulmão bem perfundido, abdome macio.
4. ECG: 15, Pupila isocóricas e fixas.
5. reflexos em mms e mmil.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. ROP / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	med. de controle GERAL.	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 8486

00502010

Finches Chick D'20.15

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Genfisson Roberto de Castro Gomes		
End:	Padre Cicco 222	Bairro:	Remigio
Data de Nascimento:	14.09.1988	Documento de Identificação:	
Queixa:	A.C. de	Data do Atend.: 02/01/19	Hora: 16:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Nota

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúteis de dor () Germente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 11

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

COPIA
FICHA DE ACO-
LHIMENTO
Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FRATRO TIBIAL (5)

Paciente	<u>ELSON ROBERTO</u>	Alojamento	<u>Ext 02</u>	Leito		Convênio	
----------	----------------------	------------	---------------	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/3	1) Oito dias após OPA 2) 200mg de clonazepam 3) 200mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 4) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 5) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 6) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 7) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 8) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 9) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 10) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina	19:00 19:00 19:00 19:00 19:00 19:00 19:00 19:00 19:00 19:00	1) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 2) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 3) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 4) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 5) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 6) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 7) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 8) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 9) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina 10) 100mg de clonazepam + 100mg de gabapentina

Dr. Evertton
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Evertton
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fx Plote tibial (D), Clavícula (B)

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente GLEFFISA ROBERTO		Nº Promitório	
Data da Operação 23/11	Enf.	Leito	
Operador DR. ANDRÉ BENEDE	1º Auxiliar DR. YDRE (MRJ)		
2º Auxiliar DR. EUGEN (MRJ)	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório FX 2º CNHO D			
Tipo de Operação RAFI			
Diagnóstico Pós-Operatório 0 mensu			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato SIM			
Acidente Durante a Operação NÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
1. Paralelo ao DDI + abcessos
2. Xifóides G. LIGADURA
3. PEXIS A. AUBO. ESTAR
4. Sutura em 4 pontos de sutura Ø + drenagem por phor
+ hemostase
5. Reduzo o quanto da fx + oprimido com phor em L
F + phorina extensa, redu anag.
6. Lavada da fx com sr
7. Sutura por phor
8. Curatela
9. À URPA

Dr. Eneilson Mello
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 9780

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOM	Jedimar Roberto da Costa Gomes			IDADE	SEXO	COB
QUA	12/10	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	MEMÓRIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	URTIQUE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO GERAL	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	DEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	U						INDUÇÃO	
LIQUIDOS							Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____	
CÓDIGOS VF - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; G - OPERAÇÃO							Término: _____ Lenta: _____	
							Náuseas: _____ Vômitos: _____	
							Outros: _____	
							MANUTENÇÃO	
							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
							Não, por quê? _____	
							DESPERTAR	
							Reflexos na SO: _____	
							Obstr.: _____ Co. _____ Excl.: _____	
							Náuseas: _____ Vômitos: _____	
							Outros: _____	
							Com cânula: _____	
							Para o Leito Sim _____ Não _____	
							CONDIÇÕES:	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO								
AGENTES								
TÉCNICA								
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Genjerson Roberto da Costa Gomes	Idade: 30 anos
Convênio: Dent: 1200433	Data: 23/01/19
Procedimento: Tio Exurgira de pintura de Joelha	
Cirurgião: Dr André	Auxiliar: Dr Yuxu Dr Camilla
Anestesiologista: Dra Sorecio	
Início: 14:00	Término: 16:15
Anestesia Raquí + Sedação	

[illegible][illegible][illegible]



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

*Suporte
URPA*

[Assinatura]

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MEMBER

7618

Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
 CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
 Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

TM
 Cirúrgica
 Ortopedia - Neurologia - Buco

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE IRARA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

GERIT-TISON

CORPORIO DA GSA BONS

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TESTE ELAV. DE FIMIA PLTOR TITIVA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

01 04F ESBU
 01 2500/030 1246 N.80
 01 1246 N.75
 01 45 X 32
 01 45 X 34
 01 45 X 44

01
 01
 01
 01
 01
 01

///

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. ROBERTO RIGELLI +

OBSERVAÇÕES

GR: YUNT + GR: ELAV

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Handwritten signature

DR. Euler Fabricio A. Cruz
 IAR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9907

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ROBERTO GERFFISSON



Gerffisson Roberto da Costa Gomes

CONTINHA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-15.994.451

GERFFISSON ROBERTO DA COSTA

GOMES

JOSE ROBERTO PEREIRA GOMES

GERLANE DA COSTA GOMES

ESPERANCA-PB

NASC. LV-A14 EL-49

RELIGIO-PB

14/03/2000

PTI-2046

PARTE MILIO BRASILEIRA
ASSINADO GOMES

1. VIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CNPJ

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

092.674.616-21

Nome

GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Nascimento

14/03/1988



Enviado

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595065 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, DEMAIS CONSERVADOR ALTA MÉDICA.
P 14/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595065 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, DEMAIS CONSERVADOR ALTA MÉDICA.
P 14/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50