
Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA 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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA GOMES

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\$ 1.350,00
Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%	
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$ 1.350,00

Recebedor: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000101829-3

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINIS
- SEGURO DPVAT -

Autorização de pagamento



AT

No. DO SINISTRO

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

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, Jefferson Bonifácio Gomes
PORTADOR/A DO RG No. 3372081 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 14/01/2008 E
CPF 015965544-79 / CNPJ - - , PROFISSÃO
Porteiro E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jefferson Bonifácio
Gomes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
No. BANCO No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 101829

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

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL

João Pessoa

DATA 22/12/2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A

Jefferson Bonifácio Gomes

29-12-2017 16:04 430561 V1

SEGURO DPVAT LÍDER DPVAT UF



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

Nº do sinistro ou ASL: **3180022379** CPF da vítima: **015965544-79** Nome completo da vítima: **JEFFERSON BARBOSA GOMES**

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

Nome completo: **Jefferson Barbosa Gomes** CPF: **015965544-79**
Profissão: **Porteiro** Endereço: **Rua Vicente Ferreira** Número: **510** Complemento: **805322312**
Bairro: **Jardim União** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58084-179**
E-mail: **jeffersonbarbosa@gmail.com** Tel. (DDD): **8398737762**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO 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)
AGÊNCIA: **1033** CONTA: **00101829** **3**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **João Pessoa 07/03/2019**
Nome: **Jefferson Barbosa Gomes**
CPF: **015965544-79**
Jefferson Barbosa Gomes
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Nº DO SINISTRO 3180022379 < 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, Jefferson Barbosa Gomes
PORTADOR(A) DO RG Nº 3372061 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 18 / 01 / 2008 E
CPF 015965594-79 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 1033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00101929-3

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 06 de 02 de 2019
LOCAL E DATA

Jefferson Barbosa Gomes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4875 6041

JEFFERSON BARBOSA GOMES

1033 013 00101829-3 10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Valida somente no Brasil

Em se tratando de mais de um titular, preencher uma ficha para cada um.
Caso necessário, utilize outra ficha pra completar os dados.

Dados da Conta na CAIXA

Cód. agência	Nome da agência	Conta conjunta	Cód. Op.	Nº da Conta	DV
1033	CRUZ DAS ARMAS, PB	2 1-Sim 2-Não	013	101829	3

Dados Pessoais

CPF do cliente
015.965.544-79

Nome do cliente (Completo - sem abreviações)
JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data de Nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade
18/04/1990	1 1-Masculino 2-Feminino	1 1-Brasileira 3-Estrangeira 2-Brasileira Naturalizado	UF Município PB JOAO PESSOA

Nome do pai
MARCUS ANTONIO PEREIRA DE LIMA

Nome da mãe
MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES

Número da identidade	Órgão emissor	UF	Data de emissão	Preencher se Menor de 18 anos
3372081	OUTRO	PB	18/01/2008	1 - Menor emancipado 2 - Menor assistido

Estado civil

1 1 - Solteiro(a)	4 - Casado(a) Separação de Bens	7 - Viúvo(a)
2 - Casado(a) Comunhão de Bens	5 - Divorciado(a)	8 - União Estável/Outros
3 - Casado(a) Comunhão Parcial de Bens	6 - Separado(a) Judicialmente	

Grau de instrução

4 0 - Não Alfabetizado	3 - Médio Incompleto	6 - Superior Completo	9 - Doutorado
1 - Ensino Fundamental Incompleto	4 - Médio Completo	7 - Especialização	
2 - Ensino Fundamental Completo	5 - Superior Incompleto	8 - Mestrado	

Dados do Cônjuge/Companheiro(a)

CPF

Nome Data de nascimento
/ /

Endereço Residencial

CEP	Rua/Avenida/Alameda/Travessa	Número	Complemento
58300-420	R ALVINA CAVALCANTE	59	
Bairro	UF	Município	
CENTRO	PB	SANTA RITA	



POLÍCIA
CIVIL
PARAIBA



GOVERNO DA PARAIBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Boletim de ocorrência



Nº 02058.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e do requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02058.01.2017.100.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:32 horas do dia 10 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, no final assinado, compareceu Jefferson Barbosa Gomes, CPF nº 015.963.544-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Maria Adalgiza Barbosa Gomes e Geraldo Gomes do Nascimento, natural de Cajazeiras/PB, nascido(a) em 18/04/1990 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José Miranda do Amaral, Nº 175, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Casa Lotérica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-4762.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nevinha Cavalcante, No Cruzamento, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 21:45h; Tipificação: em tese, capitulada, no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRANSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

E NOTIFICOU O SEGUINTE:
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, PRETA, 2015/2015, PLACA QFG9047/PB, CHASSI 9C2KC1680FR306210, registrada em nome do noticiante, pela Rua Nevinha Cavalcante quando ao passar pelo cruzamento com a Rua João Domingos foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT UNO, PLACA OGC4627/PB, conduzido por uma mulher de nome MIRELA; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 10.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucas, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Informa ainda o noticiante que estava numa via preferencial e que a condutora do FIAT UNO não respeitou a placa de PARE que havia no local; Que a condutora do FIAT permaneceu no local até o noticiante ser socorrido para o hospital; Que não houve BPTRAN; Que deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de novembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BÉZERRA
Agente de Investigaçao

Jefferson Barbosa Gomes
JEFFERSON BARBOSA GOMES
Noticiante:

Serviço Registral Aigntara Brto
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original e em
apresentada, do que dou fé.
João Pessoa, 18/12/2017. em tese da verdade
Maricella da Silva Luz (Escritorante autorizada)
Válido somente com o selo
Consulte autenticidade em: <https://selo013131.tjpb.jus.br>

Maricelia da Silva Luz
Escrevente Autorizada

Procedimiento Policial: 02058.01.2017.1.00.420



VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/08/2017, conforme requerimento nº 328/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 21h57min o/a Sr(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES** CPF: 015.965.544-79 vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Nevinha Cavalcante, Miramar - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tibia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** SD 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.

Josinele B. dos Santos

TEN. QOAB 517240-3

Chefe da 3ª Seção

Boletim de ocorrência



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Oreste Liboni, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.021-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-0044 / (83) 3216-0751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahpb@bombeiros.pb.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02058.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02058.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:32 horas do dia 10 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jefferson Barbosa Gomes**, CPF nº 015.965.544-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Maria Adalgiza Barbosa Gomes e Geraldo Gomes do Nascimento, natural de Cajazeiras/PB, nascido(a) em 18/04/1990 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José Miranda do Amaral, Nº 175, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Casa Lotérica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-4762.

Dados do(s) Fatos:

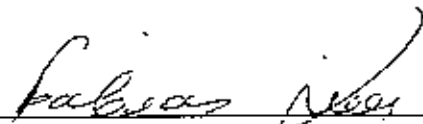
Local: Rua Nevinha Cavalcante, No Cruzamento, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

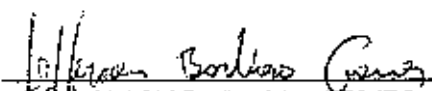
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, PRETA, 2015/2015, PLACA QFG9047/PB, CHASSI 9C2KC1680FR306210, registrada em nome do noticiante, pela Rua Nevinha Cavalcante quando ao passar pelo cruzamento com a Rua João Domingos foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT UNO, PLACA OGC4627/PB, conduzido por uma mulher de nome MIRELA; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 10.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Informa ainda o noticiante que estava numa via preferencial e que a condutora do FIAT UNO não respeitou a placa de PARE que havia no local; Que a condutora do FIAT permaneceu no local até o noticiante ser socorrido para o hospital; Que não houve BPTRAN; Que deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 10 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JEFFERSON BARBOSA GOMES
Noticiante



VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/08/2017, conforme requerimento nº 326/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 21h57min o/a Sr(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES**, CPF: 015.965.544-79 vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Nevinha Cavalcante, Miramar – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tibia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**, SD 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.

Josinele B. Sales Santos

TEN. QOAB 517240-3

Chefe da 3ª Seção

Boletim de ocorrência



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da 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) 3216-0751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crephbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 03/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON BARBOSA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000101829-3

Nr. da Autenticação 6F5D7665F636E226



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, Jefferson Bonfoni Gomes

Declaro para os devidos fins, que resido no Logradouro:

Rua/Av: Rua: Paulo Vicente Ferreira

Bairro: Jardim Unzeza

Cidade: João Pessoa

CEP: 58084-179

João Pessoa, 19 de dezembro de 2017.

Assinatura: Jefferson Bonfoni Gomes

RG: 3372081

CPF: 01596554479

Zetorg.ru

Nº 1462407, 00009101588

Ata: Fictual/Conta de Energia Elétrica: 11000223 000
Cód. para Débito Automático: 000 | 1100223

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

CPF/ CNPJ/ RAN

96559896404

The Qualified Con

Canaf de cartato

• Tabela Setorial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2007.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
02/09/17	11456	06/02/17	11697	1	141	29
Demonstrativo						
		Quantidade	Valor	Base Gr	%	Valor(R\$)
				Tratado	Valor(R\$)	0,00000
					Valor(R\$)	0,00000
0031	Consumo em 30kW/h-BR L	33,000	0,21846L	7,28	8,59	27
0031	Consumo - 31 a 105kW/h-BR	70,000	0,370209	20,34	23,36	27
0031	Consumo - 101 a 220kW/h-BR	41,000	0,594470	23,16	23,16	27
0591	Adm. B. Varracha			2,09	2,09	27
0591	Adm. B. Amoreira			0,57	0,57	27
0510	Suspeito			37,32	37,32	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0001	CONTAS SERV. LUM. PÚBLICA			2,39	0,00	0
0002	Divulgação			23,28	0,00	0
TOTAL						
				72,89	69,97	20,15
				80,87	0,34	2,01

104	14/09/2017	R\$ 72,96
-----	------------	-----------

Histórico de Consumo (kWh)

184	220	122	241	187	175	125	144	118	122	87	107
Aug17	Jun17	Jun17	May17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17	Dec16	Nov16	Oct16	Sept16

ec9c.44df.cf19.62d2.8fc5.e3c8.b096.0aa5

Indicadores de Qualidade 72711-Mat. 2016

[illegible]

144-0076 LUSO (S) 7/22/11 161 2284



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

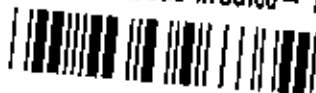
Eu, Jefferson Barlow GomesRG nº 3372081, data de expedição 07/03/19, Órgão SSP PB

CPF nº 0159655479, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Paulo Vicente Figueiro</u>
Número	<u>S/N QD 572 L 312</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Jardim União</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58084179</u>
Telefone de Contato	<u>83987374762 / 83987228389</u>
E-mail	<u>JeffTV4@gmail.com / JeffTV3@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 07/03/19Assinatura do Declarante: Jefferson Barlow Gomes



		GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
NOME			REGISTRO		
JEFFERSON BARBOSA GOMES			1022170		
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
27	MASC		CIR. GERAL		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		DIAGNÓSTICO PRELIMINAR	
21/08/2017		27/08/2017		6	
DIAGNÓSTICO					CISS
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO					T14
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
EXAME CLÍNICO					
PRINCIPAIS EXAMES					
LE+ESPLENECTOMIA					
NÃO					
INFECÇÃO	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☒ NÃO
RESULTADO DE EXAMES					
CONDIÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO: HISTÓRIA, SITUAÇÃO, EVOLUÇÃO, EXAMES, TRATAMENTO, etc.					
PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA ATÉ O MOMENTO.					
DIETA: BRANDA REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 180 dias e com esforço maior em 190 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-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 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGESICO					
PONTOS 31/08/2017... VACINA PARA ESPLENECTOMIZADO					
RETORNO			PSF		
27/08/17			CARLOS FRANCISCO		
			3792		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Carlos Francisco
 033 033 033



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
ENF.		LEITO		DATA	27/08/17

LISADOR ----- 01exs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO 500mg 20CP 01ex

TOMAR 01 CP VO 12/12H. 10dias.

Dr. Carlos Francisco Franca
05/08/17 17:32
12/08/2017

	CARLOS FRANCA 3792		
--	-----------------------	--	--



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

CIRURGIA GERAL

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
		LEITO		DATA	27/08/2017

ATESTO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PB 3792
CARLOS FRANCA
3792

--	--	--	--	--



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

CIRURGIA GERAL

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
		LEITO		DATA	27/08/2017

ATESTO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 1752
033 003 152

	CARLOS FRANCA 3792		
--	-----------------------	--	--



UNIDADE DE SAÚDE
 CENTRO DE DIAGNÓSTICO E LAZAROS
 - RUA...
 - FONE...
 - ABERTO LUCENA
 - JACQUELINE



LADO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: EVERTON BARBOSA GOMES
 DADOS DE NASCIMENTO: 15/01/1980
 NOME DA MÃE: MARIA DO SA BARBOSA GOMES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE HISTÓRIA N.º: 1000
 Nº PRONTUÁRIO: 1000
 DATA DO ATRIBUIMENTO: 15/01/2010
 HORA DO ATENDIMENTO: 14h
 MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 DIAGNÓSTICO: FRATURA DO MEMBRO INFERIOR E
 CID 10: S82.01A

EXAME FÍSICO

Paciente do sexo masculino, 1,70m, 70kg, cor da pele (corção moto x carro), trazido pelos Bombeiros, tendo relatado que estava a dirigir a moto quando ocorreu o acidente, com suspeita de fratura do membro inferior E e laceração do pé direito. Foi encaminhado para a agência emergência.

EXAMES COM EXAMES REALIZADOS:

RX do torax -
 RX da pelve -
 RX da perna -
 RX do joelho -
 USG do abdome -

TRATAMENTO:

Presença de fratura do membro inferior. Realizado internamento e tratamento cirúrgico de urgência.

ALTA HOSPITALAR

DATA DA EXATIDÃO:

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
 CRM - 2516

Dr. Evertton Noronha Teixeira
 CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento é válido para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, e para o tratamento.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JEFFERSON BARBOSA GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 08/04/90
NOME DA MÃE MARIA ADALGISA BARBOSA GOMES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.022.170
Nº PRONTUÁRIO 102.810
DATA DO ATENDIMENTO 21/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 22:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO(S) TRAUMATISMO DO BACO
CID 10 S 30.1

AValiação INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), trazido pelos Bombeiros, tendo relatado que conduzia a moto, apresentando dores no tórax, com suspeita de fratura do membro inferior E e laceração da pele. Gravidez 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da perna E - AP e P
RX do joelho E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Presença de líquido livre em cavidade abdominal à USG. Lesão esplênica. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. João Sucupira e Dr. Adalberto Vieira.

ALTA HOSPITALAR: 27/08/17
DATA DA EMISSÃO: 10/09/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (URGÊNCIA)
CRM - 1515

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à coleta de dados para o prontuário hospitalar para: DML, IMSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DE SAÚDE, etc. NÃO É VALIDADE DE TRATAMENTO

 GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES		REGISTRO 1022170	
27	SEXO MASC	COR CIR. GERAL	ENF. LETO
DATA DE ADMISSÃO 21/08/2017		DATA DE ALTA 27/08/2017	
DIAGNÓSTICO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO		TEMPO DE PERMANÊNCIA 6	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		T14	
EXAME CLÍNICO			
PRINCIPAIS EXAMES			
LE+ESPLENECTOMIA			
NÃO ☐ INTERCOURTO ☐ SIM ☒ NÃO ☐ PRESENÇA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO EM FISIOTERAPIA			
☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: Paciente submetido à cirurgia em caráter de emergência, com boa evolução pós-operatória até o momento.			
DIETA: BRANDA REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 190 dias e com esforço maior em 190 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a cura com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGESICO PONTOS 31/08/2017... VACINA PARA ESPLENECTOMIZADO			
RETORNO PSF			
27/08/17		CARLOS FRANÇA 3792	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			



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

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
ENF.		LEITO		DATA	27/08/17

LISADOR

01cxs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO 500mg 20CP 01cx

TOMAR 01 CP VO 12/12H, 100ms.

Dr. Carlos Francisco França
CRM 1482
Rég. 002732
CARLOS FRANCA
3792

--	--	--	--



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

CIRURGIA GERAL

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES			
		LEITO		DATA 27/08/2017

ATESTO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PR 1792
CARLOS FRANCA
3792

--	--	--	--



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

CIRURGIA GERAL

NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES		
	LEITO	DATA	27/08/2017

ATESTO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PE 3792
033 003782

	CARLOS FRANCA 3792		
--	-----------------------	--	--



VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

Certifico que reverendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 04/09/2017, conforme requerimento nº 326/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi ocorrido(a) por volta das 21h57min o(a) Sr(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES**, CPF: 015.965.544-79 vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x carro)), ocorreu na Rua Revinha Cavalcante, Miramar - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tíbia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, **André Vieira de Souza** SD-BM Matr. 223.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, emitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josmele dos Santos

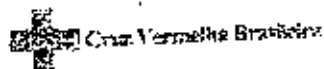
TEN. QO 517240-3

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lieber, S/nº, Conj. Pedro Gerdin, 56.031-090, João Pessoa/PB
Fone: (63) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: caphbba@bombeiros.pb.gov.br



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1022170

Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON BARBOSA GOMES			Sexo	Masculino
ID	1202643	Estado civil	Religião	Profissão	
Data de nascimento	18/04/1980	Idade	27 anos 4 meses 3 dias		
Mãe	MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES			Pai	
Escolaridade				GERALDO GOMES DO NASCIMENTO	
DDD Móvel	83	Fone Móvel	87228389	DDD Fixo	00
Fone Fixo				Fone Fixo	00000000
Tipos de documento	RG (IDENTIDADE)			Número documento	
			3372081		
Local de procedência			Município		
PARANÁ			CAJAZEIRAS		
Naturalidade			CAJAZEIRAS		

Endereço

CEP	58084178	Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PE
Logradouro			PAULO VICENTE FERREIRA		
Número			5A		
Complemento			Bairro		
			JARDIM VENEZA		

Admissão

Data e Hora	21/08/2017 22:37:12	Número da pulseira	100006189715	Comênio	SUS
Especialidade	CIRURGIA GERAL			Clínica	
Classificação de risco				Origem do paciente	
			RUA		

Caráter de atendimento

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso clínico	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
RESCATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

Pressão	Pulso	Temperatura
120 x 80 mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Opcionais: <i>Exames complementares</i>						
<i>21/08</i>						
<i>De</i>						
<i>AS</i>						
<i>de</i>						
CID						
Atendido por						
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						
Tempo						
57 seg						

Imprimir

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES	BAE 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS
Nome MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES			Telefone de Contato (63) 87228369 / (03) 03000600
Endereço PAULO VICENTE FERREIRA, S/N			Prontuário
Bairro JARDIM VENEZA			UF PB
Município JOAO PESSOA			Nº Cons. Regional 7765/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JIM UMBERTO CANTISANI NETO	
Data/Hora Classificação 21/08/2017 22:37:12		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 23:23:20	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO. ISG FAST COM LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE SOLICITO LAB + CONC HEMACIAS

EXAME LABORATORIAL

DETERMINACAO DO SISTEMA RH FATOR D

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

SANGUE E DERIVADOS

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 900,0 ML

CID10

Código	Descrição
S00.9	Traumatismo não especificado

Conduta

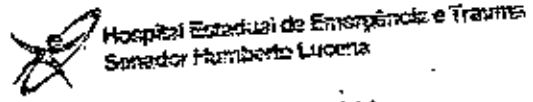
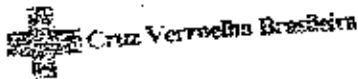
Em observação

Dr. Adalberto Lima D. F.
110 011.153-0302

JIM UMBERTO CANTISANI NETO
(7765/PB)

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Em tempo (21/08/17) às 19:00 - Retificou info
muito confuso no item ANAMNESE, de acordo
com o que me passou o paciente: foi referido por ele
na parte data que era condutor, no caso do
veículo na data e hora do acidente registrado neste ISG.



Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES	BAE 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 13/04/1990	Idade 27	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 87228389 / (00) 00000000
Mãe MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES	Endereço PAULO VICENTE FERREIRA, S/N	Bairro JARDIM VENEZA	UF PB
Adiente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Data/Hora Classificação 21/08/2017 22:37:12	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	Nº Cons. Regional 9298/	
	Data/Hora Prescrição 21/08/2017 22:51:22		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO. ERA CARONA NA MOTO. USAVA CAPACETE. NEGA VÔMITOS, DESMAIO, CEFALÉIA, CERVICALGIA. QUEIXA DE DOR EM HTE. VACINAS ATRASADAS; NEGA ALERGIAS ABDOME LIVRE PA 130X70 / FC 88 / FR 15 / SPO2 100 AA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)
SORO ANTIFETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 8,0 (MGTSM)
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

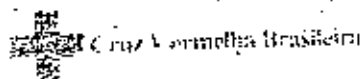
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação *OK*

Adalberto Vieira Dias Filho
ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
(9298/)

JEFFERSON BARBOSA GOMES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISECA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2775696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 26/08/2017 08:21:48

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JEFFERSON BARBOSA GOMES	1022170		21/06/2017 22:37:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
12/04/1990	27	Masculino		163616
Nome de Informação	Convênio			Plano
Av. 16/08/2017	SUS			DIÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 26/08/2017 08:21:40)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ESPLENECTOMIA - 22/08/2017

PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUZA: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0304 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5515

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 25/08/2017 09:11

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES		Boletim de Atendimento 1022470		Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/06/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS	Orçament 123013	
Tempo de internação 5d 2h 27min		Convênio SUS		Plano DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 25/08/2017 09:11:06)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

ESPLENECTOMIA -22/08/2017

PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0084 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5215



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778596 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 24/08/2017 06:30:48

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES		Boletim de Atendimento 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/04/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 103816
Tempo de Internação 2d 1h 39min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 24/08/2017 08:30:43)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ESPLENECTOMIA - 22/08/2017

PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VPM

ção: BLOCO - URPA ENF 41 - Leito: LEITO URPA - 9002
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815



De

FOUO - CIR 121-2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Leitor Médica Xipo - Pulso

Incisão:

Achados:

Leitor Esplênica

Conduta:

Esplenoctomia com ligadura
de pedículo esplênico com pedículo 1.0
porque de novo tubulo-fornix
humidosa

Fechamento:

Sutura por plano

Observação:

Dr. JOÃO SUCURRA
Cirurgião de Acidentes e Trauma
CRM-PE 5810

João Pessoa

Dr. JOÃO SUCURRA
Cirurgião de Acidentes e Trauma
CRM-PE 5810

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEALTH

Nome: Jefferson B. Gomes BE/Prontuário: _____
Idade: 27 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Laparoscopia @ Explectomia
Cirurgião: João Suciura 1º Assistente: Alberto
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
<u>Lesão Explecto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Explectomia</u>	
<u>Laparoscopia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. JOÃO SUCIURA
Cirurgião Geralista Digestivo
CRM-MB 5810

João Pessoa, 29/08/17



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 LIT. DO GOV. DO RJ
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
 P-236

[Signature]

ART. 1º DA CONSTITUIÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF 3.172.581 - 2 1ª DATA DE EMISSÃO 18/01/2008

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES

FILIAÇÃO GERALDO GOMES DO NASCIMENTO
 MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES

NAT. BRASILEIRO DATA DE NASCIMENTO 18/04/1990

CAJAZEIRAS-PB

DOC. CIVIL N. 20325 PLS. 186 LIV. A50

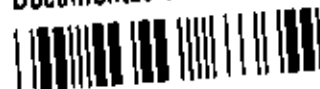
CARTÓRIO CAJAZEIRAS-PB

015.965.544-79

2ª CO. SEÇÃO V. DELEGADO
 DELEGADO - DE

ART. 1º DA CONSTITUIÇÃO

SIN. 11003/2010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Jefferson Barbosa Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.272.081 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2008

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES

FILIAÇÃO GERALDO GOMES DO NASCIMENTO
MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 18/04/1990

DOC ORIGEM NASC. N. 20325 FLS. 186 LIV. A50

CARTÓRIO CAJAZEIRAS *Jefferson Barbosa Gomes*

CPF 015.965.544-79 Sala do Socorro V. Cavalcanti
Diretor - Di

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



AO ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES			CELULAR: 9 8737-4762	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO PORTUÁRIO(DESEMP)	RG 3372981 SSP-PB	CPF 015.965.544.79	
ENDEREÇO RUA JOSÉ MIRANDA DO AMARAL			Nº 175	COMPLEMENTO CASA
BAIRRO JARDIM VENEZA	CIDADE JOÃO PESSOA	UF PB	CEP 58.000.0000	

SEDS

IPC

Requer a Vossa Senhoria, na qualidade de VITIMA que se digne fornecer 2ª via do Laudo de Exame abaixo identificado:

TIPO DE EXAME TRAUMATOLOGICO	DATA DO EXAME 13/11/17	Nº LAUDO 03.08.06.11201720626
VITIMA: O MESMO		
DOCUMENTOS ANEXADOS COPIA RG		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		

Requer ainda, dispensa da taxa de recolhimento do FESP, por se pobre na forma da lei.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

João Pessoa, 28 de novembro de 2017

Assinatura Requerente

Protocolo nº 332/2017

João Pessoa, 28/11/2017

Assinatura do funcionário Responsável

Para providências com a urgência que o caso requer
João Pessoa, 28/11/17

Superintendente do IPC - 1ª Região

P. Perillo
Dna. Perillo
P. Perillo
PERILLA RODRIGUES
PERILLA RODRIGUES
SUPERINTENDENTE DO IPC - 1ª REGIÃO
15.11.2017

Rua Antonio Teotônio, s/n, Cristo Redentor, João Pessoa, Paraíba-Brasil
CEP 58.071.620 - Fone 83 3218 5207 - 3218 5215





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 671517 Laudo n: 03.01.06.142017.29626

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
LAUDO TRAUMATOLOGICO
CONFERIR COM O ORIGINAL Ferimento ou ofensa física.

João Pessoa - PB, em 04/12/2017

Maria Divina Silveira de Melo

Assinatura/Capitulação do Funcionário - DML

Data do exame: 13/11/2017 Hora do exame: 08:30

Órgão Requisitante: DAVC, nº da Solicitação: 388/2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES, 27 anos, sexo: masculino, filho(a) de: Geraldo Gomes do Nascimento e de: Maria Adalgiza Barbosa Gomes, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Cajazeiras/PB.

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 21/08/2017 por volta das 22h no bairro Miramar;

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta cicatriz longitudinal na linha média do abdome caracterizando laparotomia exploradora e, áreas multiformes discretamente hipercrômicas nos joelhos e pernas caracterizando regeneração da epiderme pós-escoriações. Em laudo médico constando atendimento em 21/08/2017 com traumatismo de baço sendo submetido a procedimento cirúrgico com esplenectomia.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2) Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3) Houve perigo de vida? **SIM, DEVIDO A TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.**
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM, VIDE 3º QUESITO.**
- 6) Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO.**
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9) Resultou deformidade permanente? **NÃO.**
- 10) Provocou aborto? **PREJUDICADO.**

Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 078.463-0 CRM 3272/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 671517 Laudo nº: 03.01.06.112017.29626

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL Ferimento ou ofensa física

Em 04/12/2017

Maria Divina Silveira de Melo

Assinatura/Carimbo do Funcionário-DMI

Data do exame: 13/11/2017 Hora do exame: 08:30

Órgão Requiritante: DAVC. nº da Solicitação: 388/2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES, 27anos, sexo: masculino, filho(a) de: Geraldo Gomes do Nascimento e de: Maria Adalgiza Barbosa Gomes, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Cajazeiras/PB.

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 21/08/2017 por volta das 22h no bairro Miramar.

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta cicatriz longitudinal na linha média do abdome caracterizando laparotomia exploradora e, áreas multiformes discretamente hiperocrômicas nos joelhos e pernas caracterizando regeneração da epiderme pós-escoriações. Em laudo médico constando atendimento em 21/08/2017 com traumatismo de baço sendo submetido a procedimento cirúrgico com esplenectomia.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO A TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, VIDE 3º QUESITO.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

AO ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES			CELULAR: 9 8737-4762
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO PORTEIRO(DESEMP)	RG: 3372981 SSP-PB	CPF 015.965.544.79
ENDERENÇO RUA JOSÉ MIRANDA DO AMARAL		Nº 175	COMPLEMENTO: CASA
BAIRRO JARDIM VENEZA	CIDADE JOÃO PESSOA	UF PB	CEP 58.000.0000

SEDS

IPC

Requer a Vossa Senhoria, na qualidade de VITIMA que se digne fornecer 2ª via do Laudo de Exame abaixo identificado:

TIPO DE EXAME TRAUMATOLOGICO	DATA DO EXAME 13/11/17	Nº LAUDO 03.01.06.112017.2062
VITIMA: O MESMO		
DOCUMENTOS ANEXADOS COPIA RG		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		

Requer ainda, dispensa da taxa de recolhimento do FESP, por se pobre na forma da lei.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

João Pessoa, 28 de novembro de 2017

P. Perito

Dna. Dora

Assinatura Requerente

Protocolo nº 332/2017
João Pessoa, 28/11/2017

Assinatura do funcionário Responsável

Para providências com a urgência que o caso requer
João Pessoa, 28/11/17

Superintendente do IPC - 1ª Região

GABRIELLA NOBREGA
PERITA OFICIAL CRIMINAL
SUPERINTENDENTE DO IPC - 1ª REGIÃO
Nº 154/034

Rua Antonio Teotônio, s/n. Cristo Redentor, João Pessoa, Paraíba-Brasil
CEP 58.071.620 - Fone 83 3218 5207 - 3218 5215



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Quilras



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006656/18
Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

Data do Acidente: 21/08/2017
CPF de: Próprio, Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/12/2017
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0102445/19

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do acidente: 21/08/2017

CPF: 015.965.544-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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: 26/03/2019
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Atraso na data do último documento

3180022379

Justificativa – Nº ASL ou Processo

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

() Solicitação 06

(/) Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento
(Relógio datador ou e-mail)

08/03

Data da ação
(no SISDPVAT)

26/03/19

20/03

Nome: Luiz Felipe

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190231161 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA. P19 20 21

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações: ** ACOSTADO LAUDO DE IML QUE NÃO DEU DEBILIDADE (CONFLITANTE)

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102445/19

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

CPF: 015.965.544-79

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 21/08/2017

Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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: 26/03/2019
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa