



Número: **0802156-63.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ERIVALDO GOMES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35305002	09/10/2020 09:17	2756210_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423102

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010016027-1

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

05228532444

Francisco Geraldo Gomes

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Francisco Geraldo Gomes

05228532444

pedreiro de bolemias Pedro Lopes Bonafelino

SN

centro

7garay

PB

58775000

pedreiro.moreira@hotmail.com 83 987616835

99947152024

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (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: 0634 3 CONTA: 16027 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Proprietário registral da vítima ou beneficiário não habilitado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:17:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909173905500000033733289

Número do documento: 20100909173905500000033733289

Num. 35305002 - Pág. 2



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 20 / Março / 2019. **HORAS:** 17h

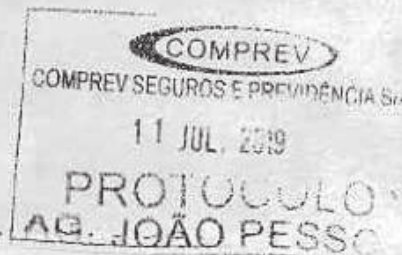
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
de Agente de Ademias, nascido no dia 09.07.83, filho de Raimundo N
Gomes e Maria de F. da Silva Gomes, RG 2770576/SSP/PB e CPF 052.285
824-44, residente na R. Pedro Lopes Brasileiro, s/n centro Igaracy-
PB.

Histórico do Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sentido
à Fazenda Ceruza neste Município, pilotando a moto HONDA BIZ 125 ES
cor vermelha, ano 2012, placa NQI1713/PB e chassi 9C2JC4820CR302175
licenciada em nome de MARIA DE FATIMANDA SILVA GOMES (sua genitora)
e ao passar pelo Sítio Varzea do Saco (Igaracy/PB), em uma curva co-
lidou com outro motociclista, sendo então socorrido por familiares
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital
Regional de Patos/PB.



Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIAI. CIVIL
CHEFE DE CARTÓRIO





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	USA U1 ☐ USA 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base 19:40 Hs	Hora de Chegada no Local 19:50 Hs
----------------	----------------------	---	--	--------------------------------	-----------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: FERNANDO BRUNO AMES	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRS	Bairro:	Médico Regulador: CARVALHO	
Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:			
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:			
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trota ☐ Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento			
HRS / PATOS		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Manoel Pereira Lima Cirurgião Geral CRM 15.382	

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO ☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA	☒ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: HRS / PATOS Responsável: ALAN Hospital de Destino: HRS / PATOS Responsável: MANOEL
CAUSAS EXTERNAS ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente automobilístico: ☒ Acidente motociclístico: ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x moto ☐ Capotamento ☐ Outro:	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Doença Mental ☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal ☐ AVC ☐ Droga ☐ Convulsão ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores ☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios ☐ Doença infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais?
☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:	

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 77 X 60 FC: 87 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/O2: 100 SpO2 C/O2:

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente com trauma de face e fratura de maxilar e de mandíbula, expulso 2 dentes em acidente de trânsito, com lesão do Búcco-Maxilar.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL

Intervenções: 3300 + 40127 - MEDICAÇÃO

Evolução do Enfermeiro:

REF. 3300 INSCIP. ORIENTADO. VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TRAUMA FACIAL COM AMBOS OS OCHOS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRS COM SUCESSO.

2 - VIA AÉREA: ☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO: ☐ Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS: ☐ Crepitação ☐ Humidificação ☐ Expiratória ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS: ☐ Não ☒ Sim - Local: Face

3.2 - PERFUSÃO: ☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☒ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Função venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BORTINA + SRO + DILADORA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a /Local: _____

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: WJW

ENFERMEIRO (A): WJW

MÉDICO (A): WJW

Matrícula: _____

COREN: _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

TESTEMUNHA: _____

RG / CPF: _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 27913 Data: 20/03/19 Hora: 13:40
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Almeida
Destino: HRP (Catos)
Contato: Dr. Alexandre

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as Ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Bucomaxila

Procedimentos realizados no hospital:

Análise + consult. urgent.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:



Médico: _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 20 / Março / 2019. **HORAS:** 17h

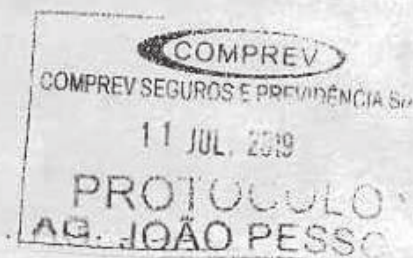
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
de Agente de Ademias, nascido no dia 09.07.83, filho de Raimundo N
Gomes e Maria de F. da Silva Gomes, RG 2770576/SSP/PB e CPF 052.285
824-44, residente na R. Pedro Lopes Brasileiro, s/n centro Igaracy-
PB.

Histórico do Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sentido
à Fazenda Ceruja neste Município, pilotando a moto HONDA BIZ 125 ES
cor vermelha, ano 2012, placa NQI1713/PB e chassi 9C2JC4820CR302175
licenciada em nome de MARIA DE FATIMANDA SILVA GOMES (sua genitora)
e ao passar pelo Sítio Varzea do Saco (Igaracy/PB), em uma curva co-
lidou com outro motociclista, sendo então socorrido por familiares
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital
Regional de Patos/PB.



Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIAI. CIVIL
CHEFE DE CARTÓRIO



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 27/03/19	ID Ocorrência: 22413	☒ USA 01 ☐ USA 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base 19 : 40 Hs	Hora de Chegada no Local 19 : 30 Hs
-------------------	-------------------------	---	--	-------------------------------------	--

Solicitante:

Paciente / Usuário: <i>JOSÉ CARLOS CRIVELLO OLIVEIRA</i>		Idade: <i>35</i>	Sexo: <i>M</i>	Telefone: <i>3333 3333</i>
Local da Ocorrência / Cidade: <i>HRP</i>		Bairro: <i>PARANÁ</i>		Médico Regulador: <i>DR. CARLOS</i>
Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três: _____				
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro _____				
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____				
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Al. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento				
<i>HRP / 3005</i>		<i>Dr. Carlos</i> Dr. Carlos de Medeiros Pereira Lima Cirurgião Geral CRM-PR 32323		
Destino (Unidade Hospitalar)		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO ☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA	☒ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: <u>HRR / PINHO</u> Responsável: <u>ALAN</u> Hospital de Destino: <u>HRR / PINHO</u> Responsável: <u>MAXIMO</u>
CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito ☐ Acidente automobilístico: ☒ Acidente motociclistico ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x moto ☐ Capotamento ☐ Outro: _____	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsão ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____
☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda – Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____	

1 – DADOS VITAIS

P.A.: 77 X 66 FC: 87 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/O2: 100 SpO2 C/O2:

EVOLUÇÃO MEDICA

Foto de Maudite e seu filho e filha
de malan e de cometh e gaphon 14 set 2
1908 em ante de ope 7 de 11m
avilhado do Buco-melito.

C. F. R. B.
B. 96
C. 113

CONCELHO DE POMBAL
11 JUL. 2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: trauma facial
Intervenções: SBV + 100% MEDICAÇÃO
Evolução do Enfermeiro:
HEB. EBE INSCIENTE. ORIENTADO. VITUAL RE (PCEA) HISTORICISTICA. APRESENTA
TRAUMA FÍSICO EMBAL. EMB. ANOS OCHOS + TRAUMA FACIAL, RE TRANSFERIDO
21 HEB. CI. SUCESSO.

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



2 - VIA AÉREA: ☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO: ☐ Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS: ☐ Crepitação ☐ Humidificação ☐ Expiratória ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS: ☐ Não ☒ Sim - Local: Face

3.2 - PERFUSÃO: ☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☒ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Função venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BORTINA + SRO + DILADONA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a /Local: _____

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: WJW

Matrícula: _____

ENFERMEIRO (A): WJW

COREN: _____

MÉDICO (A): WJW

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 27913 Data: 20/03/19 Hora: 13:40
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Almeida
Destino: HRP (Catoíra)
Contato: Dr. Alexandre

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as Ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Bucomaxila

Procedimentos realizados no hospital:

Análise + consult. urgent.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:



Médico: _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010016027-1

Nr. da Autenticação 36DE2AA7A22FCEDB



FRANCISCO ERIVALDO GOMES
RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO, S/N - CENTRO
GARÇA/MS CEP: 5875000 (A3: 144)

Ligação MONOFÁSICA
CNS: REG MTC B1 / RESIDENCIAL - BACIA RENDIA
Roteiro: 2 - 148 - 230 - 5180 Referência: Mai 2019
Medidor: 0008522207 Emissão: 05/05/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, km 25 - Centro Regional - Jd. Pissal/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.985.103/0001-40 - Ins. Est. 18.015.223.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04.395.419
Cód. para Dth. Autenticação: 0091321154-5

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisapara.com.br

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2019 06/05/2019 04/06/2019 062.286.824-44
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 51321154-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/04/18	Leitura 8001	Data 06/05/19	Leitura 8001	1 0 33
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. ICMS (R\$) Base Calc. Per (R\$) Consum (R\$)
0501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,207750	6,11 0,00 0 6,00 6,11 0,00 0,27
0501	Adc. B. Amortiza			0,02 0,00 0 0,00 0,02 0,00 0,00
0610	Subsídio			11,40 0,00 0 0,00 11,40 0,11 0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804	JUROS DE MORA 04/2019			0,04 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 04/2019			0,14 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0809	CREDITO A COMPENSAR (-) 06/2019			-8,86 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0906	Devolução Subsídio			-10,78 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 17,89 0,17 0,78
Tarifa de Tributos: 0,192080

Média Consumo (kWh): 128 VENCIMENTO 13/05/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)

140 | 138 | 128 | 130 | 127 | 137 | 153 | 128 | 147 | 135 | 130 | 118
Jan/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

076e.94db.d5a8.15ea.0e7a.fce4.e194.6e88

Indicadores de Qualidade - 2019 - Fatores			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIAGNÓSTICO	0,87	0,31	NOMINAL 220
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	13,74		
DIAGNÓSTICO ANUAL	27,48		
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	3,81	1,00	CONTRATADA 202
DIAGNÓSTICO ANUAL	1,22		LIMITE INFERIOR 231
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	14,45		
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	3,87	0,51	
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,73		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Previdência de Energia Elétrica	2,05	29,15
Contribuição de Energia	2,88	42,82
Serviço de Transmissão	0,31	4,43
Encargos Setoriais	0,48	6,96
Impostos Federais e Encargos	1,15	16,57
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	6,96	100,00

Valor de R\$ 100,00 em 31/03/2019 R\$ 24,06

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Banca Renda, tendo um desconto de R\$ 10,78.
- Imóvel desocupado com acesso ao medidor. Consumo Abaixo da Média Mensal.

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTULULO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA ALTERNATIVA DO BRASIL
INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF 039.247.064-09 **DATA NASCIMENTO** 13/04/1978

PLACAO ADELSON DOS SANTOS
OSNEY RODRIGUES DA SILVA

PERMITE **RECEBER** **DATA EMISSÃO**
04119219971 20/06/2019 14/06/2019

Observações

Assinatura do portador

LOCAL SERRA VALADA, PE **DATA EMISSÃO** 21/06/2019

Assinatura do titular

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIADIO FERREIRA, 27 - CENTRO
ITAPORAMA / PE CEP: 53760-000 (A.D. 154)

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, km 25 - Canto Agreste, Jussara Paulista / PR - CEP 83071-270
CNPJ 06.935.183/0001-40 - Ins. Est. 18.215.829-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5

Canal de contato

Atente-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	11/04/19	12/05/19	13/06/19	01
Leitura	3749	5075		

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0801	Consumo em kWh	108.000	3.947.900	100.00	100.00	27	43.10	100.00
0801	Ativ. B. Amarela	1.13	1.13	27	0.30	1.13	0.01	0.05
0802	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	15.72	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORFIA 04/2019	0.25	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2019	2.53	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPK7TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Beraldo Gomes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 285 824 4 4

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Beraldo Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 285 824 1 44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Benedito Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>cora</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itapiranga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>neton.moreira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280 000</u>	Tel. (DDD): <u>999441520 Zp</u>

Local e Data: Itapiranga 10/07/2019

Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
11 JUL 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria de Fátima da Silva Gomes,
RG nº 1470 153, data de expedição 20/02/2019
Órgão SSD.S / PB, portador do CPF nº 437 296 734 91,
com domicílio na cidade de Pedra Lapa, Paraíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pedra Lapa Brasileira, nº 5/N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Geraldo Gomes, cujo o condutor era
o mesmo
Veículo: moto Modelo: honda / Big 125 ES Ano: 2012
Placa: NOI 17 13 Chassi: 9C2JC4820 CR 302175
Data do Acidente: 20/03/2019

Local e Data: Topionça 04/07/2019

Maria de Fátima da Silva Gomes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E Q

Cnes: 2600331 CNPJ: 08.778.268/0031-86
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPIANO FILHO, 302
CIDADE: PIANCO 58765-000 ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA
Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES
Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES
Pai: RAIMUNDO NIVALDO GOMES
Nascimento: 09/07/1983 Idade: 35 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao: AGENTE DE EDEMIAS
Endereco: PEDRO LOPES BRASILEIRO
Bairro: CENTRO
Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607
Naturalidade: IGARACY - PB
CNS: 700-7019-9001-2270
CPF: _____
Data / Hora: 20/03/2019 17:52:46
Identidade: _____
Reg. Nasc.: _____
Recepcionista: JOANA DARC
Ficha Número: 55850

AG. JOAO AGRIPIANO
PRODUC
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDEN
Num.: 11 JUL 2019
Fone:

2208

PESO: _____ PA: _____

Hora Atendimento

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Hora Atendimento:
 Paciente está em apnéia
 de sono, apresentando
 trêmor face. Reflete colisão noturna
 com moto. Glossem 14
 AG: PCR e TSN 2/50m.
 AD: mt+ provocado e benigno T

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

137: Sun-Glaze, Fleck, incl
a palmar, RHA+.

Referir em **RESULTADOS** *folha sem*
os gráficos..

☐	01 - ELETIVO	CARÁTER
☐	02 - URGÊNCIA	
☐	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO	
☐	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
☐	05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES	
☐	06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTOS	
		PROCED

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPI

SERVICIOS REALIZA

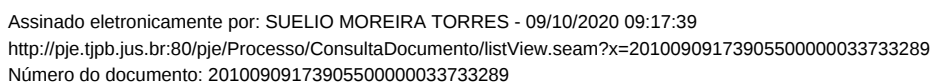
1-	0	3	0	1
2-	0	3	0	1
3-				

Ass. dos Prof. Dr. A. A.

Médico / Crô

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE

X Francisco Raimy
ASS REVISOR TÉCNICO - cadim



18:00 hrs

50L 5.000 ml - EU

Tramadol + 100 ml 510/9% EU

equipos macacos

placo 14

placo 18

Mircea MORGAN J. de Caldas
CORTEL 4478 242344

→ Transferência H.R. Patas as
20.000\$, conduzida pela
USA.

Mircea MORGAN J. de Caldas
CORTEL 4478 242344

aplicar 2ml sup. bolus EL ~~19.40~~
11 Sparniga 5ml
11 Sparniga 10ml
11 AD

Mircea MORGAN J. de Caldas
CORTEL 4478 242344

Receita de NOVE, ajustada ca 500
ml total em 31ml

SVV

18:00 hrs 20:00

20/03/19 20:00 hrs - 22
min

Paciente regulando
para o hospital
Regional de Patas.
Será realizado pelo
médico Dr. Máximo.
Conduzido pela USA
Farm de Pimão.

Ateliúvia

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUYADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUYADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SUS 700 7019 9001 2270

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	35596	PRONTUÁRIO	20474
DATA	26/03/2019	HORA	21:49
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	ERIDIO ANDRADE NUNES XAVIER		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FRANCISCO ERIVALDO GOMES	IDADE	35a 8m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES		
FILIAÇÃO II	RAIMUNDO NIVALDO GOMES		
CIDADE	IGARACY	UF	PB
ENDERECO	RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	IGARACY		
TELEFONE		CELULAR	83999885717
C.N.S.		IDENTIDADE	2778576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	09/07/1983	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGENTE COMUNITARIO

RESPONSÁVEL RAIMUNDO NIVALDO GOMES Ass. Resp. Maria *[assinatura]*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Paciente vítima acidente de moto, apressa-
tando futura: consulta de facc.*

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*feridas e de facc.
instalação maxilar*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *RX.
TC. FRATURAS múltipla de facc.*

DADOS DA SAÍDA

Data *28/03/2019* Hora *12* H *00* Min

MOTIVO

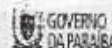
[assinatura] Alta Curativa () Alta Melhorado () Alta a Pedido
Transferência () Evolução () Óbito

MÉDICO/CRM

[assinatura]



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Evandro Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>26/03/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Knipper</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Elpidio</u>	
Anestesiista <u>Dr. Távora</u>	Tipo de Anestesia <u>Geral</u>	
Diagnóstico Pre-Operatório <u>Fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático direito + OPN</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Osteossíntese de fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático direito + OPN</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>N.D.N</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>N.D.N</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>N.D.N</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

1. Paciente em DDH sob anestesia geral (decúbito dorsal horizontal)
2. Antisepsia extra e intraoral e aplicação dos campos estêreis
3. Infiltração com xife com vaso em maxila e zigomático direito
4. Incisão em junção de sulco vestibular em maxila direita + supra-orbitária direita + submaxilar esquerda.
5. Direção por planos + deslocamento + acesso as fraturas
6. BNM + redução + osteossíntese de fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático direito + OPN + sutura por planos + curativo + TNA



PACIENTE: <u>Carvalho Enivaldo Gomes</u>				
QT.: <u>1</u>	LEITO: <u>505</u>	CONVÊNIO: <u>38 W</u>	IDADE: <u>20444</u>	REGISTRO: <u>20444</u>
ORUGIA: <u>ma cirurgia de</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Kneid</u>		
ANESTESIA: <u>Genel</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Guedes</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>---</u>	DATA: <u>26.03.20</u>	INÍCIO: <u>10:05 h</u>	FIM: <u>13:45</u>	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>nº 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador	1	Sonda Foley
	TX. de Laser	1	Coletor de Urina <u>750 17-15</u>
	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano <u>piratol 20ml</u>	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin	1	Sonda Uretral <u>nº 32</u>
	Pavulon	1	Sonda Nesogástrica
	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg	1	Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%	1	Dreno Sucção
	Inoval	1	Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane	1	<u>Gelo 10 cm</u>
	Sufenta	1	Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml <u>10 ml</u>	1	Pastilha de Formol
	Prostigmine ☒	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina ☒	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 1g <u>cefalotina 1g</u>	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil <u>drogação</u>	1	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona	1	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil	1	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável	1	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha <u>visão n.º 3-0</u>
	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<u>nylon 3-0 c/ Agulha</u>
			<u>nylon 4-0 c/ Agulha</u>



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: CLÍNICA DE PRONTO Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 26 / 03 / 19

Nome: FERNANDO GABRIEL CORREIA
Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: 36 anos Peso: 69 kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

na: _____
Aparelho Respiratório: _____ Asma: ☒ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

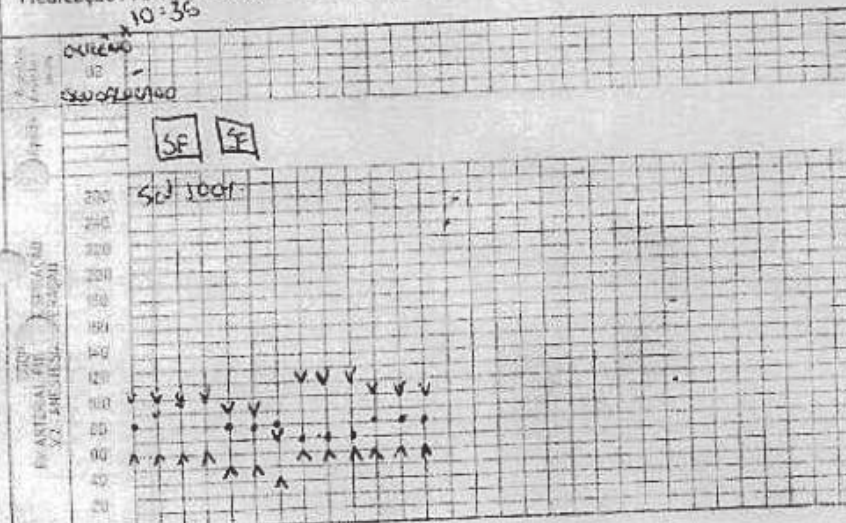
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: _____ Ataxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: _____ Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: 10-36 Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR
Reflexos na 50 _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição DEBILITADO DOORAL 10-36
Agentes: PROPOFOL 2% 100ML 35ML Cânula: _____
Técnica: ANESTESIA GERAL Operação: Incisão cirúrgica de fratura do zygomatic maxilla e maxilla
Cirurgiões: Dr. CARLUPP Anestestistas: Dr. TAVEL
Observações: _____



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Enivaldo Gomes

Da Clínica Bnf

Enfermaria 11

A Clínica Clínica Geral

Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

paciente vítima de acidente de mob, com politrauma
de face, com fratura maxilar há 3 dias. Avaliar
uma de fratura

Data 28/03/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Revisar exames realizados

Pedro Augusto dias Timolao
Médico CRM RJ 540 CRM RJ 7701
CPF 030.278.11-435
CNH 980616004213664

Data / /

Assinatura do Médico Especialista



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Ezequiel Gomes

Da Clínica _____

Enfermaria 11

A Clínica _____

Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data / /

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

IDADE: 34 anos

PRÉ-OP: CIQUELA DA FINE (ACIDENTE DE TRATAMENTO)

PRO: Negativo

EXAMES: Negativo

EXAMES: Negativo

EX: 40 x 80 mmHg

ECG: Normal

RAI: Sem lesão de ST

Bruno Kuro

Data 23 / 03 / 2019

Assinatura do Médico Especialista





REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Firmino Ernaldo Gomes

Da Clínica BHF

Enfermaria 11

A Clínica Neuro

Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Recente história de acidente vascularístico e fraturas múltiplas
de fêmur e punho direito extenso bilateralmente
Solicitado avaliação e conduta quanto ao punho direito.

Data 25/03/19

[Assinatura]
Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

NEUROLOGIA

POLIMIOCLONAL (+) LC MARG.

Re: am - compressão do punho direito.

Alta neurologia

At BHF

[Assinatura]
Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

Data 25/03/19

Assinatura do Médico Especialista



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 35896
DATA 20/03/2019 HORA 21:49
MÉDICO ELÍDIO ANDERSON MARQUES XAVIER

PRONTUÁRIO 20474
OPERADOR EALVES

PACIENTE FRANCISCO ERIVALDO GOMES

IDADE 350 Anos

RESUMO CLÍNICO:

Paciente submetido a cirurgia
laparoscópica rotifotomica. Evolu-
ção satisfatória.

DIAGNÓSTICO:

FAHITOMIA FICINL

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Cirurgia

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

evolu-
ção satisfatória. sem
intercorrências.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Unidade local

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

DESTINO

☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para

DADOS/PB, 28 DE
Nº ELÍDIO A. MARQUES XAVIER
Cirurgião - FALCÃO/ODONTOLOGIA
Especialista - FALCÃO/ODONTOLOGIA
C.O. 11.111.111

MÉDICO/CRM

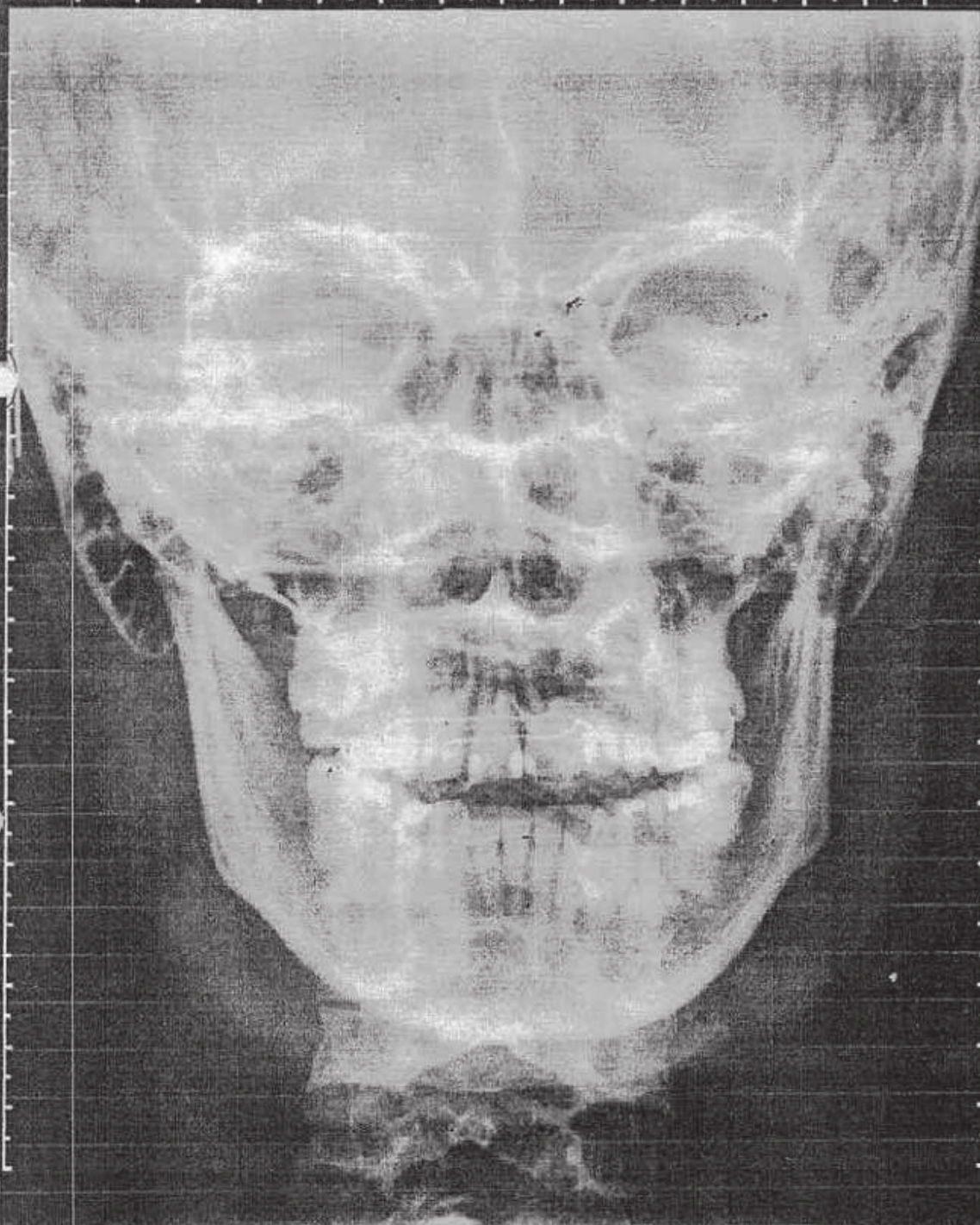


Hospital Regional de Patos - RX

000000249583

125 %

El 5:122



Selos da Face, Waters (OM) PA

@

26/Mar/2019 18:58:27

000000015715

FRANCISCO ERIVALDO GOMES, *9/Jul/1983



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:17:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909173905500000033733289>

Número do documento: 20100909173905500000033733289



Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.

Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.

Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:16.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB





Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.

Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.

Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.

Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Pneumoencéfalo extenso bilateralmente.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:15.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB





Atendimento: 201900254165

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 25/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Múltiplas fraturas na face:

- Mandíbula.
- Arco zigomático bilateral.
- Cone nasal (ossos próprios do nariz)
- Osso frontal com órbitas medial.
- Paredes dos seios maxilares bilateralmente.
- Osso lateral da órbita direita.
- Lâminas cribriformes.

Hemossinus.

Pequeno foco de gás na linha média, podendo corresponder a pneumoencéfalo relacionado ao trauma.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 25/03/2019 14:50.

Dr. Lauberto Pereira Rocha Filho
CRM: 521011359



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO ERIVALDO GOMES

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. / UF
2770576 SSP/SP

CPF
032.285.824-44

DATA NASCIMENTO
09/07/1983

PLACAO
RAIMUNDO RIVALDO GOMES

MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES

PERMISSÃO
AC

CTY. HAB.
AE

UF RESIDÊNCIA
03112909469

VALIDADE
10/04/2019

PP HABILITAÇÃO
02/12/2003

VALIA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
927151042

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA
TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS

Assinatura do Portador

LOCAL
IRACEMAPOOLIS, SP

DATA EMISSÃO
23/07/2014

Assinatura

15589014434

27716649730

DETRAN-SP (SAO PAULO)

PROTEÇÃO PLÁSTICA
927151042

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTUBULO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E DE REGISTRO DE IMÓVEIS
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E DE REGISTRO DE IMÓVEIS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF 039.247.064-09 **DATA NASCIMENTO** 13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
OSNEY RODRIGUES DA SILVA

PERFIL
PREENCHIMENTO: 20/06/2012 **DATA EMISSÃO** 14/06/2017

LOCAL
SERRA VALADA, PE

DATA EMISSÃO 11/06/2017

ASSINATURA DO REGISTRANTE
SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA DO REGISTRADO
Edilson Rodrigues dos Santos

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIADIO FERREIRA, 27 - CENTRO
ITAPORAMA/PE CEP: 54760-000 (A.D. 154)

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, km 25 - Canto Agreste, Jussara Paulista/PR - CEP 83071-270
CNPJ: 06.905.183/0001-40 - Ins. Est. 18.215.829-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAN
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5

Canal de contato
Atente-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	11/04/19	12/05/19		
Leitura	3749	5075		

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0801	Consumo em kWh	108.000	3.947.000	142.50	156.36	27	43.18	159.98
0801	Ativ. B. Amarela	1.13	1.18	27	0.30	1.18	0.01	0.05
0802	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	15.72	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORFIA 04/2019	0.25	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2019	2.53	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014481874097	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	ANOS	EXERCÍCIO
1	0047256444-7	00/00000000	2019
NOME			
MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES			
CPF / CNPJ		PLACA	
43729673491		NOI1713/PB	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
NOVO PB		9C2JC4820CR302175	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES		2012 2012	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COTA ÚNICA		COR PREDOMINANTE	
00/00/0000		VERMELHA	
VENÇ. COTA ÚNICA		VENÇ. COTAS	
1º		2º	
3º			
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IDF (R\$)	
*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		07/03/2019	
OBSERVAÇÕES			
RD CAVALCANTI & PRIMO VEIC LTDA			
LOCAL			
GARACY-PB			
DATA			
11/03/2019			
33294		40053	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 014481874097		BILHETE DE S	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		2019 11	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	43729673491	NOI	
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.	
0047256444-7	HONDA/BIZ 125 ES	2012 2012	
ANO FAB.	CIL. / POT.	CHASSI	
2012	9	9C2JC4820CR302175	
PREMIO TARIFARIO			
FNE (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	
*****	*****	*****	
IDF (R\$)		TOTAL	
*****		P A	
PAGAMENTO		DATA	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
07/			
SEGURADORA LIDER - DE			
CNPJ 08.348.608/0001-04			
40053-1113000-20190311			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423102 **Cidade:** Igaracy **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLAS DA FACE (LE FORT III+II)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Eraldo Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão porte de documento, residente e domiciliado à Rua Deodoro Figueiredo, nº S/N, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.225.000, portador(a) do Rg nº 242.0576, 1 e CPF nº 052.285.824.44

Outorgado: Suelio Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Guandú Figueiredo, nº 22, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.220.000, portador(a) do RG nº 242.0576, 1 e CPF nº 039.242.064.09
5652161

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Eraldo Gomes, ocorrido em 20.1.03.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

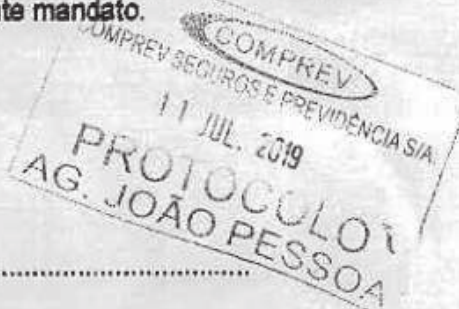
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 26 de junho de 2019.

X Francisco Eraldo Gomes

Outorgante

CPF Nº 052.285.824.44



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenti



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234478/19

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

CPF: 052.285.824-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO ERIVALDO GOMES : 052.285.824-44

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: 11/07/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423102

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO 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

Carta nº 14567403

Pag. 01333/01334 - carta_01 - INVALIDEZ

