



Número: **0800541-78.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEDINALDO LACERDA DUTRA (AUTOR)		ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO) TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37914 288	16/12/2020 12:05	<a href="#">2773482_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063.738.134 - 36	Gedinaldo Wacenda Dutra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Gedinaldo Wacenda Dutra	063.738.134 - 36	
Profissão:	Número:	Complemento:
Mecânico	991	
Endereço:	CEP:	
Rua Teodoro Oliveira Wendo	58.840-000	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Vida	Pombal	PB
E-mail:	Tel. (DDD):	
J. ewerton@hotmail.com	(83) 99900-0530	

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 62641
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Pombal - PB, 19 de maio de 2020

Nome: Gedinaldo Wacenda Dutra

CPF: 063.738.134 - 36

(\*) 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, em 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.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
Nº 015222.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 015222.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:34 min do dia 20/04/2020, na Delegacia Online, **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MECANICO, natural de Pombal, nascido(a) em 16/10/1984, idade 35, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA e GERALDO DUTRA DA SILVA, CPF 063.738.134-36, residente e domiciliado(a) no(a) RUA TEODÓSIO OLIVEIRA LEDO, nº 991, bairro NOVA VIDA, na cidade de Pombal/PB. CEP: 58840000, telefone(s) 83999367717, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 16/02/2020 15:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: RUA PROF. ORACIO BANDEIRA, CARVALHADAS, Pombal/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

AFIRMA O COMUNICANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA DESCRITO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, ONDE CONDUZIA UMA MOTO NA RUA PROFESSOR ORACIO BANDEIRA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO, RESULTANDO EM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA.

A MOTOCICLETA É LICENCIADA EM NOME DE ELIBERTO LACERDA DUTRA, HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OGF1307/PB, CHASSI Nº 9C2KD0550ER203835, ANO DE FABRICAÇÃO 2013, COR PRETA.

APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL, ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS A CONSTAR.

*x GEDINALDO LACERDA DUTRA*

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3213-9053. E-mail: [delegaciaonline@scds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@scds.pb.gov.br).



Nº 015222.01.2020.0.00.704 1/2



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

x Gedinaldo da Cunha da Dutra 939B216EDCFF380791A11C4BA111E0BD  
GEDINALDO LACERDA DUTRA Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3213-9053. E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063.738.134 - 36	Gedinaldo Wacenda Dutra
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR 50/SEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Gedinaldo Wacenda Dutra	063.738.134 - 36	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mecânico	Rua Teodoro Oliveira Wendo	991
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Vida	Pombal	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
j.ewerton@hotmail.com	58 840-000	(83) 99900-0530

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

**RENDIA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 62641	AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 obrigatória

Local e Data: Pombal - PB, 19 de maio de 2020

Nome: Gedinaldo Wacenda Dutra

CPF: 063.738.134 - 36

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Gedinaldo Wacenda Dutra*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.





**SAMU  
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**



**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 05304

**IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA**

DATA: <u>16-02-2020</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0031</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>Felinaldo Lucinda Dutra</u>	IDADE: <u>36</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Prof. Osmar Bandeira</u>		BAIRRO: <u>Corvalhada</u>	MÉDICO REGULADOR: <u>Rosivom</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HRA</u>		RESPONSÁVEL: <u>João M. do Frago</u>	FUNÇÃO: <u>Médico</u>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____				
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DOENÇAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> DOENÇAS MATERIAIS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS EMBRIOLÓGICAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):**

Alcoolemia; fratura em M.E. do (exposta)

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☒ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE  
 P.A.: 100 x 80 FC: 92 FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ °C - RGT: \_\_\_\_\_ SpO2: 96

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

**INTERVENÇÕES:**

SSVV; imobilização; curativo; AT

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

Paciente vítima de queda de moto, encontrado em decúbito dorsal, alcoolizado; consciente, algo desorientado. Apresentando fratura exposta em M.E. feito protocolo de trauma e

transporte para o HRA. antes



# MATERIAL UTILIZADO

REPUBLICA MUNICIPAL DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÚLTIPLO DE EMERGÊNCIA  
UNIDADE DE REGULAÇÃO E MONITORAMENTO DE EMERGÊNCIA

E.C.G.: ☐ NORMAL ☒ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

SEMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AERÉAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA OROFARÍNGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATETER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A.

☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

## TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS

ORL 500 ml

## EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICO)

## POSICÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA

## TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) *Marcia Silveira*

COREN: *202692*

MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: *Belânia*

COREN: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

CONDUZITOR SOCORRISTA: *Gláurio Santos*

MAT: \_\_\_\_\_



# 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:	29/05/2020
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEDINALDO LACERDA DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000062641-6

---

---

Nr. da Autenticação 193AC5B364505B07





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.911.384 - 2ª VIA 15/08/2017

NOME GEDINALDO LACERDA DUTRA

FILIAÇÃO GERALDO DUTRA DA SILVA  
MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº17.781 - LVA-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 063.738.134-36

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984

A+

2020/12/16 12:05:57

2020/12/16 12:05:57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CAG**  
COMPANHIA DE ÁGUA E E  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jo  
CEP: 58.015-570 - CNP,

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ES

GERALDO DUTRA DA SILVA  
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEI  
PB 58840-000

Inscrição	SMI	B
112.001.685.0211.000	000	

Hidrômetro	Data de Instalação	Le
N-16N-136549	11/08/2016	KX

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)
438	454	16

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID
JAN/2020	22	PAR
DEZ/2019	17	TUR
NOV/2019	16	CLO
OUT/2019	17	COL
SET/2019	13	COR
AGO/2019	15	COL
MEDIA(M)	16	DADI

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRIÇÃO  
ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR  
ESGOTO  
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/20  
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$

VENCIMENTO: 26/02/2020

Tot

SINALDO ARAUJO DO O  
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO  
POMBAL / PB CEP: 58640000 (A/G: 227)  
CPF/CNPJ/RAN: 760.920.114-88



Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo B1  
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL  
Ligação MONOFÁSICO  
Roteiro 10 - 227 - 89 - 1360 Nº Medidor 00008153192

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/1414302-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014143028

	<b>VALOR DA FATURA</b> <b>R\$ 232,24</b>		<b>VENCIMENTO</b> <b>01/06/2020</b>
	<b>REFERÊNCIA</b> <b>Abr / 2020</b>		<b>CONSUMO</b> <b>267kWh</b> 8,90 kWh MÉDIA DIÁRIA
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>			

DESCRIPTIVO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	Outros (R\$)
0801	Consumo em kWh	267	0,013600	217,26	217,26	27	58,65	217,26	2,31
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			14,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 232,24 217,26 58,65 217,26 2,31 10,88  
Tarifa s/ Tributos: 0,545400

RESERVADO AO FISCO 4ae2.5484.6bbb.D5aD.08F2.b1c5.37d4.f0a7.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Abr/19	226	LEITURAS Anterior: 17/03/20 Atual: 16/04/20 Consumo: 267kWh Período: 30 dias Constante do medidor: 1	Descrição	Valor (R\$)	%
Mar/19	220		Serviços de Dist. da Energisa/PB	51,22	24,63
Jun/19	225		Compra de Energia	71,32	30,71
Jul/19	225		Serviço de Transmissão	6,50	3,88
Agô/19	187		Encargos Setoriais	6,51	3,71
Set/19	259		Impostos Diretos e Encargos	66,51	37,78
Out/19	269		Outros Serviços	0,00	0,00
Nov/19	320		Total	232,24	100,00
Dez/19	250		Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020): R\$ 91,23		
Jan/20	219				
Fev/20	255	PRÓXIMA LEITURA 18/05/2020			
Mar/20	274				
Méa	249				

\* Entendimento Média Mensal

INDICADORES DE QUALIDADE					LÍMITE DE TENSÃO (V)	
MÉDIA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL		NOMINAL	220
Horas que o cliente ficou sem energia - DQ	6,91	0,11	11,82	23,94	CONTRATADA	
Variação do cliente ficou sem energia - FIC	3,38	1,00	0,72	13,45	LÍMITE INFERIOR	202
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,48				LÍMITE SUPERIOR	231
Qualidade da interrupção individual em eletrônica - DQIE	12,22					

**ATENÇÃO**  
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e Whatsapp (85) 99135-5540.

PAGO VIA INTERNET BB - 12/05/2020

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 042.152.041 - Emissão: 16/04/2020  
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 16/04/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 14487.074172 6 827300000023224

PAGADOR: SINALDO ARAUJO DO O - CPF/CNPJ: 760.920.114-88  
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO  
POMBAL / PB CEP: 58640000

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014487074	001414302202004	01/06/2020	R\$ 232,24	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183 / 0001-40  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742

Número do documento: 20121612055561600000036164742



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tarcísio Ewerton P. Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.153.474/46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gedinaldo Racerda Ruteira inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.738.134/36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Gedinaldo Racerda Ruteira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.738.134/36, 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 Domingos de Medeiros</u>		Número <u>115</u>	Complemento <u>Apt. 103</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pombal</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58840-000</u>
Email <u>t.evertson@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 99900-0530</u>

Pombal, 19 de maio de 2020  
Local e Data

Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira  
Assinatura do Declarante

PL 001 201 1004 0017



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
--	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2 - CNES 2592568
--	--	---------------------

Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE GEDINALDO LACERDA DULTRA		4 - PRONTUÁRIO 41251
---	--	-------------------------

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 127-5070-2490-0032	6 - DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984	7 - SEXO F	8 - RACA / COR BRANCA
--	--------------------------------------	---------------	--------------------------

9 - NOME NA MÃE MARIA DO CARMO L. OLIVEIRA	10 - TELEFONE 34312149
---	---------------------------

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____
-----------------------------------

12 - ENDEREÇO RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO N.: _____	13 - BAIRRO CENTRO
--	-----------------------

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
--

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Queda com Trauma em M.D.</i>
---

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>AS ABP 460des</i>
--

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Plas. med. + ex. fixo + v.s.</i>
--

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>T.P. 0505 Muz.</i>	22 - CID 10 PRINC. G82.5	23 - CID 10 SEC. W19	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC. _____
---	-----------------------------	-------------------------	------------------------------------

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>D. Stebsuira</i>	26 - COD PROCEDIMENTO 0608050225
--	-------------------------------------

27 - CLÍNICA _____	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO _____	29 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE _____
-----------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>	32 - DATA SOLIC. 18/02/2020	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>[Assinatura]</i>
--	--------------------------------	---

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO 35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	37 - CNPJ SEGURADORA _____	38 - Nº BILHETE _____	39 - SÉRIE _____
---	-------------------------------	--------------------------	---------------------

40 - CNPJ EMPRESA _____	41 - CNAE EMPRESA _____	42 - CBOR _____
----------------------------	----------------------------	--------------------

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO
--

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR _____
---	----------------------------------	---

46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL _____
-----------------------------------	--

48 - DATA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) _____
------------------------------	---





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 16/02/2020 16:03:38

Idioma: INTERNAMENTO

Endereço do Dr.:

Paciente: GEDINALDO LACERDA DULTRA

Idade: 35 Sexo F

Filiação:

Pai:

Mãe: MARIA DO CARMO L OLIVEIRA

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101  
Endereço: RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: POMBAL - PB  
Fone:

N.:

Documentos:

INS: 127-5070-2490-0032

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 16/10/1984

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: MECANICO

Responsável:

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

*Enfermeira de mto  
tem 7 anos de idade @*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Dor + edema +  
de formididade*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Raio X*

Diagnóstico:

*IX ossos de perna*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepcionista: FATIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742>

Número do documento: 20121612055561600000036164742



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL  
NOME DO PACIENTE *Bedivaldo Lacerda Dutra* Nº PRONTUÁRIO  
DATA DA OPERAÇÃO *18-02-20* ENF. LEITO  
OPERADOR *Dr. S. S. M.* 1º AUXILIAR  
AUXILIAR 3º AUXILIAR INSTRUMENTADOR  
ANESTESISTA  
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO *Fratura distal do osso da perna (D)*

PO DE OPERAÇÃO

*Tto cirúrgico*

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO

*O mesmo -*

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

NOME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

*Paciente em DDA 905 anestesiado.  
Barotraqueia com fúcos de sonda -  
Antissepsia + Aposição de campos estéril  
Incisão anterior + Drenagem do pulmão  
Redução artroscópica  
Fixação com placas DCP 2 fúcos + parafusos externos  
Lig. 1x3  
Sutura  
Ligadura*





<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Hospital	HA Pontal		Emfermaria	Leito	N° Prontuário	
		Nome	Cedinaldo Lourenço Duarte		Idade	35	Sexo	M
ta	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Tipo de Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicerina	Ureia	Outros		
Urina								
Ap. Respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo					Ap. Urinário			
Estado Mental					Alergia		Hipotensões	
Diagnósticos Pré-Operatório					Estado Físico		Risco	
Anestesias Anteriores								
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às		Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02							
LÍQUIDO								
CÓDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO Vz - ANESTESIA OPERAÇÃO	260	Paciente em posição de decúbito lateral						
	240	Paciente em posição de decúbito lateral						
	220	Paciente em posição de decúbito lateral						
	180	Paciente em posição de decúbito lateral						
	160	Paciente em posição de decúbito lateral						
	140	Paciente em posição de decúbito lateral						
	120	Paciente em posição de decúbito lateral						
	100	Paciente em posição de decúbito lateral						
	80	Paciente em posição de decúbito lateral						
	60	Paciente em posição de decúbito lateral						
	40	Paciente em posição de decúbito lateral						
	20	Paciente em posição de decúbito lateral						
<b>SÍBOLOS E ANOTAÇÕES</b>		Paciente em posição de decúbito lateral. A-As punções de 14-15cm. Punção de 256 LWC, furo de 15mm no Dado. 15mg + morfina 60mg.						
<b>POSIÇÃO</b>		Sentado - DPH						
Agentes		1) Propofol 1g; 2) Morfina 10g; 3) Morfina						
Técnica		Pneumotômica						
Operação		Hf. Linfática de furo de 14-15cm						
Cirurgião		Sesion						
Anestesistas		Dr. Martins Formiga						
Observações		Paciente em posição de decúbito lateral. 15mg + morfina 60mg.						
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias								

## FOLHA DE ANESTESIA





# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Epidivaldo Wacender Daltro  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: Masc. Idade: 35 Cor: Marrom  
 Procedência: C. cirúrgica Data: 18/02/20  
 Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Raque  
 Início da anestesia: 14:30 Término: 16:00 Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: 14:30 Término: 16:00 Duração: \_\_\_\_\_

## Procedimento Ortopédico- com Raque

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02

*Michael Dantas Medeiros Barber*  
 COREN-PB 155438



GOVERNO  
DA PARAÍBA

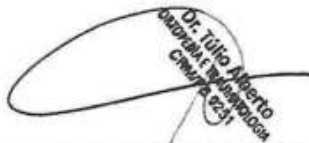
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Gedmano Lourenço  
Neto portador do RG \_\_\_\_\_,  
Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
Sendo portador da infecção CID-10 582x  
Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas  
por um período de 20 (NOVENA) dias, a  
partir desta data.

Pombal-PB, 19 de 02 de 20 20

  
Dr. Túlio Alberto  
Médico de Família e Comunidade  
CRM 10.211

Assinatura e Carimbo do Médico

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.911.384 - 2ª VIA 15/08/2017

NOME GEDINALDO LACERDA DUTRA

FILIAÇÃO GERALDO DUTRA DA SILVA  
MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº17.781 - LVA-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 063.738.134-36

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984

A+

2020/12/16 12:05:57

2020/12/16 12:05:57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CAG**  
COMPANHIA DE ÁGUA E E  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jo  
CEP: 58.015-570 - CNP,

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ES

GERALDO DUTRA DA SILVA  
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEI  
PB 58840-000

Inscrição	SMI	B
112.001.685.0211.000	000	

Hidrômetro	Data de Instalação	Le
N-16N-136549	11/08/2016	KX

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)
438	454	16

HIST. CONS. / ANO	LEIT.	QUALID
JAN/2020	22	PAR
DEZ/2019	17	TUR
NOV/2019	16	COL
OUT/2019	17	COL
SET/2019	13	COR
AGO/2019	15	COL
MEDIA(M)	16	DADI

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRIÇÃO  
ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR  
ESGOTO  
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/20  
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$

VENCIMENTO: 26/02/2020

Tot

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105

*Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

064.153.474-46

TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/05/1987

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 858943

DATA DE EMISSÃO 17/12/2001

NOME RA. TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

FILIAÇÃO Maria do Socorro Pereira Oliveira

RA. Pombal-PB

NATURALIDADE 22-05-1987

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. N.º 20.873, Fls. 88v. Liv. A-20

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

Cartão de sua pessoa é intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DEZ/2003



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015455255480  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0059444697-0 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2013

NOME  
ELIBERTO LACERDA DUTRA

CPF / CNPJ 04098531437 PLACA OGF1307/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0550ER203835

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/09/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL 41521 DATA 27/09/2019



14214

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS P  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 015455255480

ESTE É O SEU BILHETE  
PARA MAIS INFORMA  
AS CONDIÇÕES GE

www.segurad  
SAC DPVAT

VIA 04098531437 CPF / CNPJ

RENAVAM 0594446970 HONDA/N

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9 9C2KD055

PRÊMIO 1  
FNS (R\$) DENATI  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF  
\*\*\*\*\* SEGU

PAGAMENTO  
COTA ÚNICA

SEGURADOR  
CNPJ 09.3

14214-1519296





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200184014 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEDINALDO LACERDA DUTRA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. P.2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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




## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Gedinaldo Lacerda Dutra, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Mecânico, residente e domiciliado à Rua Teodorico Oliveira Neto nº 991, bairro Nova Vida, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.840-000, portador(a) do Rg nº 2.911.384, SSP/PB e CPF nº 063.738.134-36

**Outorgado:** Tarcísio Eulerton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro Centro, Município de Pombal, Estado de (o) Paraíba Cep: 58.840-000, portador (a) do RG nº 2858545 SSP/ PB e CPF nº 064.153.474-46

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) Gedinaldo Lacerda Dutra, ocorrido em 16 / 02 / 2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.


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.

 Pombal - Paraíba, 12, de março de 2020.

Gedinaldo Lacerda Dutra

Outorgante  
CPF nº 063.738.134-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

**Cel. João Queiroga**  
1º Ofício de Notas e Registro e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO  
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de GEDINALDO LACERDA DUTRA. Em test. da verdade. Dou fé. POMBAL-PB, 12/03/2020.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJX77808-GBAK  
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 12,27 FARPEN R\$: 0,30 FEPJ R\$: 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143472/20  
**Vítima:** GEDINALDO LACERDA DUTRA  
**CPF:** 063.738.134-36  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
**Data do acidente:** 16/02/2020  
**Titular do CPF:** GEDINALDO LACERDA DUTRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

#### GEDINALDO LACERDA DUTRA : 063.738.134-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020  
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA  
CPF: 064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200184014**

**Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GEDINALDO LACERDA DUTRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **GEDINALDO LACERDA DUTRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000062641-6**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

