



05/02/2021

Número: **0800097-87.2021.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **20/01/2021**

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
GERALDO LUIZ NETO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146 136	05/02/2021 14:33	<u>2782257_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO LUIZ NETO**

Nº Sinistro: **3180312794**
Vitima: **GERALDO LUIZ NETO**
Data do Acidente: **10/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312794**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13089922

Pag. 00691/00692 - carta_01 - INVALIDEZ



00020346



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO LUIZ NETO**
Nº Sinistro: **3180312794**
Vitima: **GERALDO LUIZ NETO**
Data do Acidente: **10/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180312794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pag. 01725/01726 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13092827

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 2



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, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180312794 Vítima: GERALDO LUIZ NETO

Data do Acidente: 10/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a) GERALDO LUIZ NETO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00020093

Carta n° 13794287



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051433005060000037316147>
Número do documento: 2102051433005060000037316147

Núm. 39146136 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	325.971.458-83	Geraldo Jauiz Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	Geraldo Jauiz Neto	CPF titular da conta	325.971.458-83
Endereço	Sítio Petreiro	Número	3/N
Bairro	area rural	Cidade	Ledra Branca
Email	vertas.assessoria@hotmail.com	Estado	PB
		CEP	58 790-000
		Telefone (DDD)	83 999471520/99697891

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name _____			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA NRO. _____ D/V _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	n/v	AGÊNCIA NRO.	D/V
3571		23879	7		
(Informar dígito se existir)					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Hiperanga, 28 de Abril de 2018.
Local e Data

X Geraldo Jauiz Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 271 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão de Veículos e Atropelamento

DATA DO FATO: 10 / ABRIL / 2018 HORAS: 8h30min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

GERALDO LUIZ NETO, brasileiro, natural de Acopiara-CE Casado, Armador de Ferragem, nascido no dia 08/MAIO/1985, filho de José Luiz Neto e Josefa Izabel da conceição, RG 56.813.245-2 - SSP/SF e CPF 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, área rural de Pedra Branca/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, apesar da existência (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, seguia de sua residência para Itaporanga/PB, Rod. PB 356, no CARONA da motocicleta HONDA/NXR150-BROS KS, cor Preta, Ano 2009, Placa OFD7300/PB e chassis 9C2KD0430-9R016590, em nome de FRANCISCO GOMES DE ARAUJO e conduzida na ocasião por sua esposa 'MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA', portadora do RG 3.395.418/SSP/PB e CPF 083.525.244-29, e em um setor desta Rodovia, outro veículo que vinha em alta velocidade avançou na contra-mão colidindo com seu veículo, onde o causador do acidente, acionou o SAMU para atendimento de ambos.

ITAPORANGA/PB, 27 DE ABRIL DE 2018.

X Geraldo Luiz Neto
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Fco. Júnio Rodrigues
ESC. PLANTONISTA
QSD-E. CENSO

COMPREV	PREVIDÊNCIA S/A	
09	JUL.	2018
PROTÓCOLO	AG. JOÃO PESSOA	

COMPREV

GOVERNO DA PARAÍBA		ESTADO DA PARAÍBA POLÍCIA MILITAR COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL II BPTRAN / 4 ^a CPTRAN / 1 ^o PPTRAN		
				Nº C/OP/COPOM:
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº				
UOP/SUOP: 1 ^o PPTRAN - 4 ^a CPTRAN - BPTRAN	Data Ocorrência: 10/04/2018 Hora: 06h40min	Endereço da Ocorrência: PB 356 (Sentido Pedra Branca PB)		
Ponto de referência: Curva px ao Galpão				
Natureza da ocorrência: Colisão V/L (Informativo)				Código Ocorrência
Comandante da Guarnição: CB Medeiros				Prefixo da Viatura: VTR 6524
Nome Motorista:	Nome Patrulheiro 1:SD Figueiredo		Nome Patrulheiro 2:	
Solicitante: Não identificou-se			Nº tel. Solicitante:	
Endereço Sollicitante: Itaporanga - PB				
VÍTIMA (S)				
Nome Completo: Geraldo Luiz Neto (Contato: 98625 5897) (Condutor da Moto)		Data de Nascimento : 08/05/1985		
Nome Completo Genitora: Josefa Izabel da Conceição		Nº RG / Órgão Expedidor 56.813.245-2 SSP-SP	Nº CPF: 325.971.458-83	
Endereço Completo: Sítio Letreiro – Pedra Branca PB		Nº CNH:		
Ponto de Referência: Proprietário do Bar Pingo de Ouro		Profissão: Comerciante		
Informações Biométricas: Cor da pele: Altura Estimada: Cor dos Olhos: Complacência Física () Normal () Magro () Gordo Marcas Características (assinalar): Alcunha:				
() Tabagismo () Cicatriz () Sinal de Nascente () Outros: Descrever Marcas Características:				
VÍTIMA				
Nome Completo: Mana do Socorro Ferreira da Silva		Data de Nascimento:		
Nome Completo Genitora:		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF:	
Endereço Completo: Sítio Letreiro – Pedra Branca PB		Nº CNH:		
Ponto de Referência: Proprietária do Bar Pingo de Ouro		Profissão Declarada: Comerciante		
Informações Biométricas: Cor da pele: Altura Estimada: Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complacência Física () Normal () Magro () Gordo Marcas Características (assinalar): Alcunha: () Tabagismo () Cicatriz () Sinal de Nascente () Outros: Descrever Marcas Características:				
VÍTIMA				
Nome Completo : Antoniony Soares Neves (Condutor do Carro)		Data de Nascimento: 12/05/1986		
Nome Completo da Genitora : Ana Maria Soares Neves		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF: 055.648.014-74	
Endereço: Rua Felinto Evangelista Primo nº68 - Itaporanga PB		Nº CNH: 03672593404		
Ponto de Referência: por trás do Fórum		Nº Telefone (s) 09659 3366	Profissão Declarada: Contador	
Nome Completo:		Data De Nascimento:		
Nome Completo Genitora:		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF:	
Endereço Completo:		Nº CNH:		
Ponto de Referência:		Nº Telefone (s):	Profissão Declarada:	
TESTEMUNHAS				
Nome Completo: Maxwell de Queiroz Fatin		Data de Nascimento:		
Telefone: 99844.3699		Nº RG/Órgão Expedidor	03/08/1992 Nº CPF:	
Endereço Completo: Rua Sebastião Pedro - Bela Vista - Itaporanga PB		Nº CNH:		
Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356		Profissão Declarada: Aux. de Serviço Genas		
Nome Completo: Antônio de Pádua		Data de Nascimento:		
Nº Telefone(s)		Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF:	
Endereço Completo: Piancó PB		Nº CNH:		
Ponto de Referência: Trabalha no Galpão na PB 356		Profissão Declarada: Aux. de Serviço Genas		
ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)				
TIPO:	MARCA:	CALIBRE	ACABAMENTO:	NC/SÉRIE: D DIMENSÃO CANO:
PROTÓCOLO AG. JOÃO SO 09 JULHO 2018 REVISÃO ENCIA SO				

CÓD:	MARCA:	CALIBRE	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:
CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)					
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
QUANTIDADE:	CALIBRE:		TIPO:		
VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE : 01- Carro - Hyundai Veloster - Preta - 2012/2013 - Placa: PGU-8749/PB 02- Honda NXR 150 Bros - Preta - 2009/2009 - Placa: OFD-7300/PB					

RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:

Relato que hora e data acima citados , este Agente de Trânsito foi Solicitado via Copom dizendo o mesmo que havia ocorrido um acidente de trânsito na PB 356 (Sentido Pedra Branca/PB) próximo ao Galpão , que ao chegar no local foi constatado que se tratava de uma Colisão com vítimas lesionadas , entre um carro e uma motocicleta , o condutor da Motocicleta e a passageira (Esposa) teve segundo relato de populares , fratura nas pernas e foram socorridos pelo Samu até o hospital local , o Condutor do carro relatou que ia no sentido Itaporanga - Pedra Branca , quando a 1 KM , em uma curva , disse que um passageiro bateu na lateral direita do veículo vindo a assustá-lo e ele veio a invadir a contra mão , vindo a atingir as duas vítimas que vinham na motocicleta , sentido Pedra Branca - Itaporanga . Que de imediato solicitou o Samu para atender as vítimas . Os dois veículos foram liberados no local , o carro por estar em dia e foi entregue ao proprietário e a motocicleta não estava em condições de circular devido as avarias e nem de como o trânsito fazer a remoção , a motocicleta foi entregue a um parente da vítima , o Sr José Lindoberto Souza Lima "residente Depois do Alto Paraíso - Pedra Branca/PB (Contato: 99688.2136) , os mesmos ficaram de fazer um acordo posteriormente no tocante a avarias dos veículos constando neste Boletim todos os contatos das partes envolvidas . Este B.O. Informativo foi confeccionado e entregue na D.P. Local para Informação e as devidas providências cabíveis .

No exercício legal da minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado _____ por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso _____.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) testemunha(s)

Condutor: _____

1^a Testemunha: _____ 2^a Testemunha: _____

Cmt. da Guarnição: CB Medeiros Posto e Graduação: SD Matrícula: 521.143-3

Recebi às 20 h 20 min, de 10 / 04 / 2018 , o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES Matrícula: 132327-7 Assinatura: (Assinatura)





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Geraldo Quig Neto</i>	CPF da Vítima 325.971.458-83	Data do Acidente 10/04/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Sertão Assessoria@hotmail.com</i>	CPF do Representante legal 83 999471520/996978811
Email <i>sertao.assessoria@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) 83 999471520/996978811

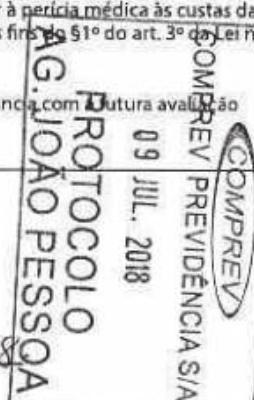
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Hoperanga, 28 de Abril de 2018
Local e Data

X Geraldo Quig Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

v001/2017





PREFEITURA DE
ITAPORANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR

**SAMU
192**

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 10/05/2018	ID: 	Paciente: Geraldo Luiz Neto	Idade: 32	HORA:
Local da Ocorrência: BR-	Bairro: 	Médico Regulador: 	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC	
Abôto no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Trotô <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por fereiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombeiros <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRADO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	Alergia:
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Miótica	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hematâmesis	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Transferência/Destino:

Local: **HRP (Rato)** Responsável: **Raquel 184** Função: **Médico**

Sinais Vitais:

VVAA: Livre Obstruída Respiração: <30 ipm Perfusion Capilar: Retardada Normal

P.A: **120 X 70** mmHg FC: **86** bpm FR: **16** ipm SpO₂: **99** % T: **36.5** Glicemia Capilar: **98** mg/dl Ceto: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

- Ansiedade Capacidade adaptativa Intracraniana Comunicação verbal prejudicada Confusão aguda Desambulação prejudicada
- Débito cardíaco diminuído Desobstrução ineficaz das VVAAs Disortexia Autônoma Dor aguda Hipertermia Hipotermia
- Integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Medo Intolerância a atividade Mucosse oral prejudicada Padrão respiratório ineficaz Perfusion tissular cerebral ineficaz Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz Perfusion tissular gastrointestinal ineficaz
- Perfusion tissular renal ineficaz Termoregulação ineficaz Troua de gases prejudicadas Vontade espontânea prejudicada
- Volume de líquidos deficientes Volume excessivo de líquidos Náuseas Retenção urinária Percepção sensorial perturbada
- Intenção social prejudicada Incontinência intestinal Eliminação urinária prejudicada Constipação

Intervenções:

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de acidente de moto, consciente, com dor de cabeça, apreço, sentando corte com indicação de sutura no joelho, no lado de trás, com luxação de patela e tibia. Foi realizado TCE com SCL e identificação da Equipe: SF + admin. Clamp de tenoxícam, com sequilla encamada. CRM: 2010514330050600000037316147. Foi realizada a imobilização da perna.

Enfermeira(a): **Jessica Luana**
Técnico de Enfermagem: **Alexandru**
Sieldo

PROTOCOLO
REV. 09 JUL. 2010
COREN: _____
COREN: _____
CRM: _____
da a imobiliza
de membro.

Jessica Luana Bidó Jerônimo
Enfermeira



Encaminhamento:

Liberado após atendimento Recusou atendimento Óbito no local Óbito durante o atendimento Óbito durante o transporte

Recusa:

Nome: _____

Assinatura: _____

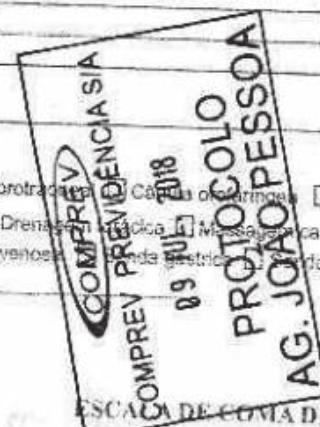
RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemédico):**Evolução clínica:****Diagnóstico médico:**

Procedimentos realizados: Desobstrução vias aéreas Intubação naso/orotraqueal Cânula de armazenamento Cricotireidostomia
 Ventilação mecânica (manual) Respirador Inalação de oxigênio O₂ Drenagem torácica Massagem cardíaca externa
 Desfibrilação/cardioversão Controle de hemorragia Curativo Puncão venosa Sonda gástrica Sonda vesical
 Sedação Imobilização Colar cervical Outros _____

ECG: Normal Alterado Não realizado**MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)**

Exame Gineco-Obstétrico <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> Normal	



VARIÁVEIS		SCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	À voz	3
	À luz	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimenta em reação	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
Nenhuma		1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

BPA/Procedimentos	
USA - 03:	
Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos	
USA - 06:	
Código	03.01.03.018-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: _____ Quantidade: _____

CBO: Enfermeiro: _____ Técnico: _____ Médico: _____



MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA
SIT LETREIRO S/N - ÁREA RURAL
PEDRA BRANCA / PB CEP: 58790000 (AD: 164)

energisa

Emissão: 07/05/2018 Referência: Mai / 2018
Classe/Suporte: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO B1230, Km 25 - Quilômetro 25 - João Pessoa - PB - CEP 53071-690
Telefone: 1-153-651-4280 N° medidor: 00005228257

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Física / Conta de Energia Elétrica Nº005.974.197
Cód. para Deb. Automático: 00010665428

Atendimento ao Cliente ENERGISA	0800 083 0196	Acesse: www.energisa.com.br
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura
Mai / 2018	07/05/2018	06/06/2018
UC (Unidade Consumidora):		5/1066642-8
Prazo de contato:		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 11

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAVALA, 56 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58760000 (AD: 154)

Emissor: CER/07/2018 Referência: Fev / 2018
Classificador: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO (CER/200, KM:25 - Cidre/Ribeirão - João Pessoa/PB - CEP:58017-000
Rótulo: 7-154-26-3880 NF medidor: 00008225501 CNPJ: 005.180.160/0141-10 Nef. Et.: 15.015.929-0

Notificada/Carro de Energia Elétrica: 0001967406
Cód. para Dts. Automáticos: 00000238434

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

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

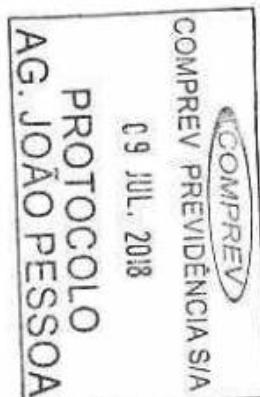
Canal de contato:

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista os caras! Não adianta só ir fazer socorro. De um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmisor da dengue, zika e chikungunya. Ministro da Saúde Governo Pátria.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
03/01/18	5884	09/02/18	5885	1
				76
				26

Demonstrativo

CDI	Descrição	Consumo	Tarifa	Vat	Base Calc	Aux. Imsc/Fd	Base Calc Fd/RB	Salvo/RB		
0801	Consumo em kWh	75.000	0,720233	54,01	54,01	26	13,60	54,01	0,80	2,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM FUBICA	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE VENDA 01/2018	0,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018	0,06	0,00	0	0,00	0,00	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 <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo Luiz Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458/ 83, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Geraldo Luiz Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.971.458/ 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

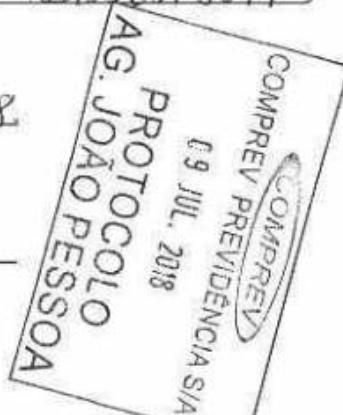
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Pereira Caiana	58	Casa
Centro	PB	58.780-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
seriao.moresca@hotmail.com	83/999471520	83/996978811

Itaporanga, 28 de Abril de 2018
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 13



Dr Goldencio

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HB-Iraporanga
 PARA: HRP
 ENCAMINHO: Geraldo Luiz Neto IDADE: 32 anos, more
 RESIDENTE: Pedro Branca
 MUNICÍPIO: UF:
 PA 120x60 MM/HG TEMP °C PESO KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente portador de acidente automobilístico, admitido consciente porém desorientado, respirando em ar ambiente, apresentando fratura tibial e provável fratura de coda de fêmea; Lembrando anamnese do RTI. Realizada infusão de citaladol e analgesia.

		COMPREV	COMPREV
		PREVIDÊNCIA S/A	PREVIDÊNCIA S/A
		09 JUL. 2018	09 JUL. 2018
		PROTÓCOLO	PROTÓCOLO
		AG. JOÃO PESSOA	AG. JOÃO PESSOA
Dra. Ana Freitas Médica CRM-PB 11.323		<i>[Signature]</i>	
10/10/18	HORA: 09h		

Av. Oswaldo Cruz - 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-07 - Fone (83) 3431-1297 Fax (83) 3431-3038
 CEP: 58.780-000 - Iraporanga-PB



SUS	HIP	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
CNES:	2605473	CNPJ: 08.778.268.0023/76	
NOME:	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
END.:	RUA HORACIO NOBREGA, S/N		
CIDADE:	PATOS	ESTADO: PARAIBA	UF: 25
Atendim.:	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)		
Class. Risco:	AMARELA	Transporte: SAMU 192	
Origem:	VIA PUBLICA	Reg. N	
Paciente:	GERALDO LUIZ NETO		
Nome Social:			
Filiação I:	JOSEFA ISABEL DA CONCEICAO	Filiação II: JOSE LUIZ NETO	
Nascimento:	8/5/1985	Idade: 32	Cor: PARDA Gênero: HOMEM CIS
Profissao:	AGRICULTOR(A)		
Endereco:	SITIO LETREIRO		
Bairro:	ZONA RURAL		
Cidade:	PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004		
CNS:	Ident: 568132452		
CPF:	Recep: RICARDO		
Data / Hora:	10/4/2018 11:18:54	Ficha:	249173
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL:	<i>Dra. Suelio Moreira da Silveira Smo. Dr.</i>		
PESO:	PA:	TEMP.:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
<p><i>Perí. Clínico de Acidente de Motocicleta</i></p> <p><i>(mto. Tolo, Maras)</i></p> <p><i>Tolentino - Mto</i></p> <p><i>Avaliação - Mto</i></p> <p><i>Hist = Fazendo!</i></p>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
<p><i>OD Faz,</i></p> <p><i>H11 Min 32</i></p>			
SOLICITAÇÃO DE PARECER			
<p><i>017017312</i></p>			

PROCEI			
MATERIAIS - M			
OBSERVAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Médico
RALFF LOPES DE MEDEIROS PER			
CARÁTER			
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PAR <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENE			
SERVIÇOS REAL			
1-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2-			
3-			
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTA A PEDIR <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____			
MÉDICO/CRM: Letra ilegível n			





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29741

Data/Hora 10/4/2018 11:42:08

Prontuario: 109703
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: AMARELA Transporte: SAMU 192
Origem: VIA PUBLICA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.: _____
Paciente GERALDO LUIZ NETO Idade: 32 Gênero: HOMEM CIS

Filiação
Filiação I JOSEFA IZABEL DA CONCEICAO
Filiação II JOSE LUIZ NETO

Endereço
Cidade: PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004 N.
Endereço: SITIO LETREIRO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: ACOPARA - CE
Fone: (83)9636-7852

Documentos
CNS: 704-8030-1528-1348
Identidade: 568132452
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento: 8/5/1985
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: *Geraldo Lui Neto*

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

Ac de Ref

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

AC	PROTOCOLO	COMPREV
JOÃO PESSOA	PREVIDÊNCIA	09 JUL. 2018
CID: 00000000000000000000000000000000		COMPREV

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: *fibras expostas toneladas*

DADOS DA SAÍDA	Data: 26/12/18	Horas: 01 H 00 Min
Motivo:	() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito	VIA
Médico/CRM		

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>Geraldo Wiz Neto</u>	Nº prontuário
Data da Cirurgia	<u>10/04/118</u>	Ent.
Cirurgião	<u>DR GARDINER</u>	1º Auxiliar <u>DR F. J.</u>
Anestesista	<u>DR PARCONTE</u>	Tipo de Anestesia <u>Rápida</u>
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>fractura exposta de fêmur</u>	
Tipo de Cirurgia	<u>+ luxação do quadril E)</u>	
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista	<u>Linf + frêmito do</u> <u>umbigo urrip +</u>	
Exame Radiológico no Ato	<u>Zerofor env (E)</u>	
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	COMPREV
Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado	Aspectos Visuais
<u>Obtuse + inf pl</u>	09 JUL 2018
<u>Daix + inf + pl</u>	PROTÓCOLO
<u>Direct + luxação + fixa</u>	AG. JOÃO PESSOA
<u>+ inf E)</u>	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
<u>Orcanf env E)</u>	<i>M</i>
<u>Orçamento + custeio</u>	<i>Assinatura</i>





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome	Waldo Luiz Nito	Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito
Cirurgião	J. L. Carneiro	1º Auxiliar
Anestesista	J. V. Góes	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	Fistula do fio de sutura (E)	
Tipo de Cirurgia	Procurar fio	
Diagnóstico Pós Operatório	}	
Relatório Imediato do Patologista	}	
Exame Radiológico no Ato	}	
Acidente Durante a Cirurgia	}	

COMPREV
09 JUL. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
COMPREV
PREVIDÊNCIA SIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

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

acessou via opa reb amput (Ap. Cerv. plex e ram.
hor. comum) / remov. esp. fio de sutura (foddeca)
lungs e fixado nro. 00 nro. 00 nro. 00 nro. 00
lungs fio de sutura e amputa

Assinado em 05/02/2021
Intendente Miriti - RJ
CRF-PB 7019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Genaldo Luiz Neto		CONVÉNIO	SAÚDE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
25	LENTO		52	108.703	
CIRURGIA TTE. Pneu de pulmão direito		CIRURGIA Dr. Geraldo Carneiro			
ANESTESIA Oxácet e Butábuta 2% etano		ANESTESISTA Dr. Teixeira			
INSTRUMENTADORA Dionizio		DATA 01.04.18	INÍCIO 11:50	FIM	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo		Scalp
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		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 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thiononbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succão
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocalina a 2%	1	Espadrinho
	Etodimide		Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimoff	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narac	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepan		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plastilina com Fazendo		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalaectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 2-0

COMPREV
PROTÓCOLO
09 JUL. 2018
SOA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

	Hospital	Enfermeira	Lote	Nº Prentura
FOLHA DE ANESTESIA	Nome: <i>G. da Nys Vets</i>		Idade:	Sexo:
24/04/18	Peso: <i>10 x 00 / 96</i>	Respiração: <i>exp</i>	Temperatura: <i>37</i>	Peso:
Tipo Sangue:	Alturas: <i>100</i>	Apresentação: <i>Normal</i>	Altura:	Outros:
Ap. Respiratório			Asma	Bronquite
Ap. Circulatório	NDN		Eletrocardiograma: <i>RRR</i>	
Ap. Digestivo	IEJUM OK	Dentes: Pescoco	Ap. Urinário:	-
Notas Mestrais	CONSCIENTE	Alergicos: Cetimoides	Alergia: <i>mp</i>	Histaminose:
Diagnóstico Pré-Operatório:	<i>ht arthry exp</i>		Estado Físico: <i>tm</i>	Risco:
Anestesia Adicionais:				
Medicina Pré-Anestésica	Aplicada: <i>5 mg</i>	Aplicada as:	Efeitos:	
MIDAZOLAM 5 MG				
		INDUÇÃO Batimentos: <i>140</i> / Sec. Laringe Espasmo: <i>Leve</i> Náuseas: <i>100%</i> Outros: MANUTENÇÃO Cefazolina 2g Dexemet. 8mg Efortil 10mg Tenoxicam 20mg Anestesia Sativa Diclorona 2% Ondesatrona 8mg Não, porque?		
02 (SF) (SF)		DESPERTAR Reflexos no SO: <i>Presente</i> Outras: CO ₂ Exa. Náuseas: <i>Leve</i> Outros: Com círculo para o leito sim: <i>Sim</i> CONDICIONES Canula: <i>20</i> AG. PROTOCOLO: <i>AG. JOAO PESSOA</i> COMPARECIMENTO: <i>COMPRE</i> PREVIDÊNCIAS/A: <i>PS JUL. 2018</i> CRM PB 5778		
Símbolos: <i>X</i> Anotações: <i>90.</i>				
Posição: Agente: NEOCAINA 0,25% PESADA + LIDOCAINA 1% + DAF LIDOCAINA 1% Técnica: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL, INTERSCALENICO E AXILAR Operador: <i>ht exp ht atiboy exp</i> Criminais: <i>Dr. Januário</i> Anestesiologista: DR. TÁVIO LEAL Observações: <i>Antes no topo, as complicadas Pre-operatórias e Fisiológicas</i>		Dr. Távio Leal Januário CRM PB 5778 Anestesiologista		



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA	Hospital	Setor	Lado	Nº Prontuário
10/11/2018	Pronto-Socorro	Pronto-Socorro	Laterais	321614
Tensão arterial	Arterial	Arterial		
Temperatura	Rectal	Rectal		
Respiratória	Respiratória	Respiratória		
Coração				
Ap. Respiratório			Auditiva	Bruxismo
Ap. Circulatório				Electrocardiograma
Ap. Digestivo	Dentes	Pescoco	Ap. Urinário	
Total Mental	Ataques	Confusões	Alergia	Hipofuncções
Orientações Pessoais				Riso
Anestésicos Intravenosos				
Medicações Pré-Anestésicas		Aplicada à:	Efeitos	
Agenor	02	INDUÇÃO		
		Saltos	Exalt.	Tosse
Laringo	45 65 85	Laringo-Espasmo		
		Laringo		
Nasais		Nasais		
		Vomitos		
Orcos		Orcos		
MANUTENÇÃO				
P.V. ARTERIAL SISTOLICO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	Anestesia Baixa: Sim _____ Não _____		
		Não, porque _____		
DESPERTAR				
Balanço no SO	000	Balanço no SO		
		Exalt.	Exalt.	
Máscaras		Máscaras		
		Vomitos		
Outros		Outros		
Condições				
Símbolos e Anotações	XO	Condições		
		para o leito em _____	nao	
Posição	000	Condições		
		Cadeira		
Agentes	mox 1.5% + Diazog	Condições		
Técnica	Viprel	Condições		
Anestesia	Pacote C78 - E rebaudo	Condições		
Anestesia	Paralax	Condições		
Observações	M27.COM	Condições		
Número de visto: 05 complicações Pré-operatórias/100 e Pós-operatórias				

COMPREV PREVIDÊNCIAS
AG. TJPB RJ
09 JUL. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:33:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514330050600000037316147>
Número do documento: 21020514330050600000037316147

Num. 39146136 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 9641613397
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DATA CAD. CAD. RENAVAM PRT 20121000005178-2 VENCIMENTO
1 39424506-7 00/00000000 2012
NOME
FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

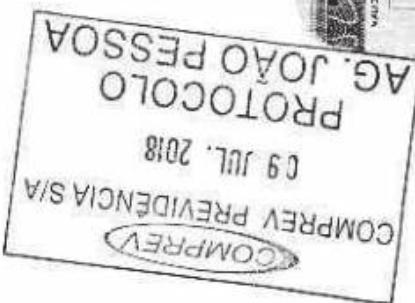
CPF/CNPJ	PLACA	
09454382497	06D7300/PB	
PLACA ANT./UF	CHASSI	
NOVO PB	9C2KD04309R016590	
ESPECIE PRO.	COMBUSTIVEL	
HONDA/NXR150 Bros KS	2009 2009	
CAP/PERÍODIC	CATEGORIA	COD. PROPRIETÁRIO
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
P IPVA PAGO EM 05/11/2012	1 ^a	
V FAIXA IPVA X PARCELAGEM/COTAS	2 ^a	
A ***** 0	3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) OF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO	PAGO	09/10/2012
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
PAGAMENTO PARA CONCESSIONÁRIA		
DIAMANTE-PB LOCAL 33790 DATA 21/11/2012		

SEGURO OBRIGATÓRIO AUTOMOTORES DE
VEÍCULOS MOTO

PB N° 9641613397
CPI 09454382497
BII

PB N° 9641613397
VIA 1 09454382497
RENAVAM 394245067-G
ANO FAB 2009 2009
ANO EXP 2014 9

FNS (RS) *****
CUSTO DO BILHETE *****
 COTA UNICA
Seguradora 31



Emissão de Guia para Pagamento

O endereço do veículo cadastrado no DETRAN/PE encontra-se confirmado para o exercício corrente.

A emissão do Certificado de Registro e Licenciamento Veicular (CRLV) só é possível mediante pagamento de todos os débitos existentes na opção "Licenciamento" e das multas vencidas.

Importante: Em decorrência da aplicação da Lei Federal 13.281/2016, que alterou o Código de Trânsito Brasileiro (artigo 284, parágrafo IV), incidirão juros sobre as multas (infrações de trânsito) pagas após a data de vencimento. Em razão disso, o acesso aos boletos para pagamento das multas deve ser feito na opção "Desdobramento de débitos".

Caso queira realizar o pagamento de um débito específico, acesse a opção "Desdobramento de Débitos".

É possível fazer a opção entre pagar ou não a taxa de Postagem de Documentos. Optando por pagar essa taxa, o cidadão receberá, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares, o CRLV em sua residência.

Quem não quiser pagar a taxa de postagem deverá agendar a emissão do CRLV, no site do DETRAN-PE, após quitar todos os débitos e sanar possíveis restrições veiculares.

Informe o CPF/CNPJ do Proprietário ou do Arrendatário do Veículo:

(Somente números Ex:999999999999):

Selecione a opção de guia desejada:

Desdobramento de débitos

[Gerar Guia](#)

Detalhamento de Débitos - Placa: PGU8749**Restrição:**

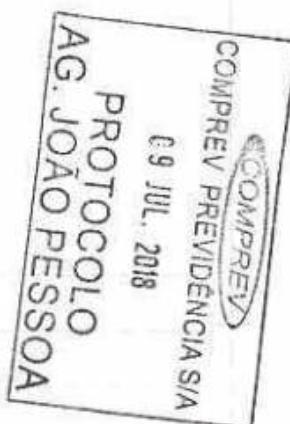
NADA CONSTA

LICENCIAMENTO

NADA CONSTA

TAXAS DETRAN

NADA CONSTA



Declaração:

Eu, GERALDO LUIZ NETO, portador do RG nº 56.813.245-2, SSP/SP e CPF nº 325.971.458-83, residente no Sítio Letreiro, s/n, área rural, Pedra Branca, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, 10/04/2018, eu e minha esposa, a senhora MARIA DO SOCORRO FERREIRA DA SILVA, portadora do CPF nº 083.525.244-29, fomos vítimas de acidente de trânsito (atropelamento) tendo em vista que o veículo que eu pilotava encontrava-se em nome de terceiros e, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

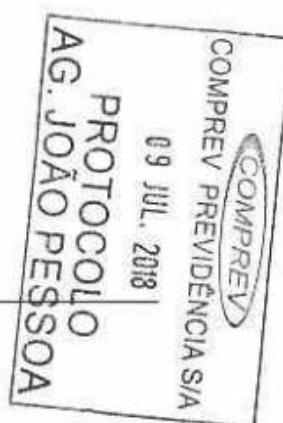
Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a Simples Ocorrência do Dano e que o acidente seja com Veículo a Automotor, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Cliente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, e desde já requerendo que seja marcada a perícia médica, desta forma, sendo feita a mais lídima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 05/Julho/2018.

Autor: Geraldo Luiz Neto



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Luiz Neto
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Fundador de ferragem
Identidade: 56.813.245-2 / CPF: 325.971.458-83
Endereço: Fazenda petreiro, s/n, área rural, Pedra Branca/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaperanga/PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Geraldo Luiz Neto.

Local e data: Itaperanga/PB, 01 Junho 2018

SERVÍCIO NOTARIAL REGISTRAL HELENA TEOTÔNIO PRIMA

Rua Manuel Cláudio da Silva, 400, Centro, Pedra Branca - PB

Reconheço por autenticidade, a(s) firma(s) do:
Geraldo Luiz Neto

Dou fá. Pedra Branca/PB - 01/06/2018

Notário: Joaquim Aurélio Teotônio dos Santos

Selo Digital AGX09167-FSZZ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$0,48 Farpen R\$0,29 MP R\$0,15 Faz. R\$1,90

