

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
929.432-0944 ROMERO DE GOIS ALVES

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

5 - Nome completo: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA 6 - CPF: 451023684-00
7 - Profissão: FISIOTERAPEUTA R-PESSOAL DE PAULA 8 - Endereço: 9 - Número: 250 10 - Complemento: APT 205
11 - Bairro: CRESTO 12 - Cidade: 7000 PESSOA PB 13 - Estado: 14 - CEP: 58071-320
15 - E-mail: LUCIAFISIOHMS-LUCIAFISIOHMS-@-G-MAIL 16 - Tel.(DDD): 83-986938754

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

17 - Nome completo do Representante Legal: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA
18 - CPF do Representante Legal: 451023684-00 19 - Profissão do Representante Legal: FISIOTERAPEUTA

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 0130834 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 0130834 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainexer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Francisca Lucia P. 10-14
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

451023684-00
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisca Lucia P. 10-14
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF: 12 JUN 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 7000 PESSOA - PB - 06 - 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) de

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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
	929932099-49	ROMENO DE COES ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
FRANCISCA LUCAS PEREIRA SOUZA		451023684-00		ASSISTENTE
Endereço		Número	Complemento	
R- PEDRO IV DE PAIVA		250	APTº 205	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
CRESTO	70AS PESSOA	PI	58071-320	
Email			Telefone (DDD)	
LUCASFSSO.HMSI@GMAIL.COM			898643-8754	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **CONTA**
 NRO. D/V NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO - BRADESCO
 Nome NRO.
 FRANCISCA LUCAS PEREIRA SOUZA
AGÊNCIA **CONTA**
 NRO. D/V NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

70AS PESSOA, 07 de OUTUBRO de 2019
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00665.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00665.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:47 horas do dia 09 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fabiola Moura Guimarães**, CPF nº 188.602.548-76, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Maria Leide Moura e Não Declarado, natural de Recife/PE, nascido(a) em 12/10/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ru São Mamede, Nº 108, bairro Centro, tendo como ponto de referência Perto da Casa do Estudante, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98706-9280.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. General Osório, Próximo Ao Pavilhão do Chá, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/11/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa a noticiante que convivia maritalmente há cerca de 10 anos com o senhor ROMERO DE GOIS ALVES (Brasileiro, natural de Patos/PB, divorciado, taxista, nascido aos 02.03.1975, com 42 anos de idade, filho de José Alves da Costa e de Maria de Gois Alves, residente na Rua São Mamede, 108, Centro, nesta capital. CPF. 929.432.094-49) e que no dia 12.11.2017, por volta das 17h00, estava em sua residência quando tomou conhecimento de que ROMERO pilotava o TRICICLO ATMAN/FALCON (COR AZUL, 2012/2013, PLACA ODM6602/ES, CHASSI 9B902TR35DVEH2031, registrado em nome de JOÃO JOSÉ RODRIGUES), quando perdeu o controle vindo a colidir contra um poste na Av. General Osório, dia 12.11.2017, por volta das 16h00; Que ROMERO DE GOIS ALVES foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde veio à óbito dia 13.11.2017, às 01h55; Que tem como testemunha sua vizinha ÉRICA (residente na mesma rua em que a noticiante mora, na casa da frente), qual passava pelo local do fato, reconheceu ROMERO e comunicou o fato à noticiante.

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



MAPFRE

12 JUN 2018 PB, 03 de junho de 2019.

SANDRO DE SOUZA LIMA
Agente de Investigação

FABIOLA MOURA GUIMARÃES
Noticiante



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0810 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:

ATM/Falcon

Placa:

ODM 6602/ES

Responsável pelo Preenchimento:

SD MAILSON

Data:

12/11/2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	I
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x			06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			03	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

-> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

-> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

-> DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 13 de Dezembro de 2017.


Mailson Pontes de Oliveira
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Orig.
EM: 18/11/2017


Assinatura



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0810- 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: MAILSON PONTES DE OLIVEIRA	Procedência/Graduação: SD /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Avenida General Osório	Hora: 16:40	Bairro: Centro
Município: João Pessoa	UF: PB	
Data/Ocorrência: 12/11/2017	Dia da Semana: Domingo	CPS Vítima (QT): Com
Natureza do Acidente: Choque	Tipo de pavimento: Asfalto	Condição da Via: Seca
Estado do tempo: Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade): 01 Veículo	Controle do tráfego no local: Pista de sentido único	
CONDUTOR 01		
Nome: Romero de Goes Alves	Sexo: Masculino	Nascimento: 02/03/1975
RG: 		
Endereço: Rua do Mercado Central – S/N, Centro, João Pessoa - PB		
1ª Habilitação:	Categoria:	Registro CNH N.º:
U.F.:	Ex.méd./Dia:	Data Vencimento:
Usava cinto:	Usava Capacete:	Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica: Não	Destino do Condutor: Socorrido para o Hospital de Trauma	
VEÍCULO 01		
Marca/Modelo: Atman/Facon01	Espécie: Triciclo	Placa: ODM 6602
Categoria: Particular	Município: Alegre	U.F.:
UF: ES		
Nome do Proprietário: João Jorge Rodrigues		
Seguradora:	Bilhete N.º:	Renavan N.º:
Data da Emissão:		
Defeitos: Nada constatado		
VERSÃO DO CONDUTOR 01		
Versão Prejudicada pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.		

VITIMA 01

Nome: Romero Goes Alves	Sexo: Masculino	Nascimento: 42 anos
Endereço: Rua do Mercado Central – S/N, Centro, João Pessoa - PB		
	Viajava no Veículo N.º: VI	Usava Cinto:
Condição da Vítima: Condutor	Conduzida Para: Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O sítio do acidente se deu na Via A; Via sinalizada; C1 chocou-se com um poste plantado na calçada da Via A do lado esquerdo no sentido Catedral/Ministério do Trabalho; C1 socorrido ao Hospital de Trauma; não foi realizado teste de etilômetro, pois o condutor estava inconsciente; removido ao BPTRAN.

João Pessoa – PB, 13 de Dezembro de 2017.

BOLETIM DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 18 / 01 / 2018

ASSINATURA

Mailson Pontes de Oliveira
Responsável pelo Levantamento



12 SET 2018



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



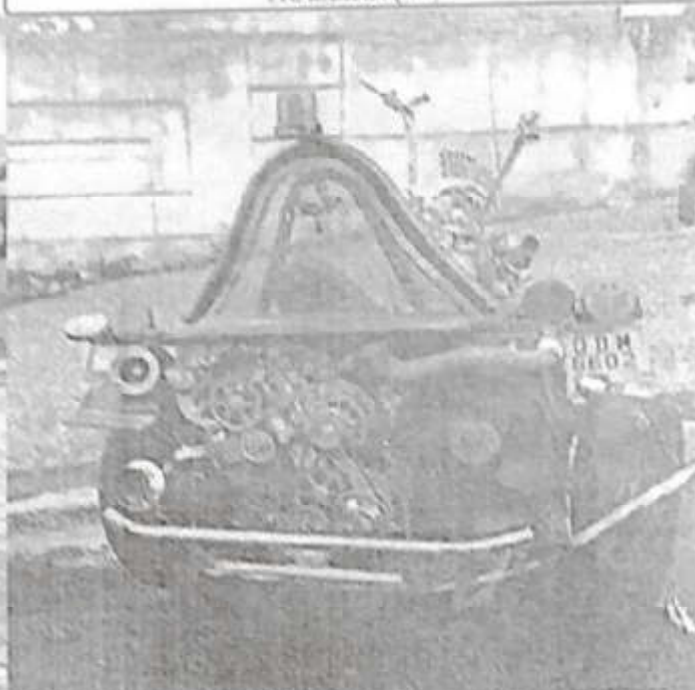
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0810/ 2017

FOTOS DO VÍ

FRONTE (VÍ)



TRASEIRA (VÍ)



LATERAL DIREITA (VÍ)



LATERAL ESQUERDA (VÍ)



BRUNO LUIZ TRINDADE
Capo de Policiante com 101
8 / 01 / 2017

Márcio Pontes de Oliveira S/ PM
Responsável pelo Levantamento

MAPFRE

12 SET 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO REGISTRAL "LIMA GOMES"
132 REGISTRO CIVIL DE CASAMENTO, NASCIMENTO E OBITO
COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB, EM VIRTUDE DA LEI, ETC.
LINDALVA LIMA GOMES-OFFICIAL DO REGISTRO CIVIL
Av. Juscelino Kubitschek, 265, Geisel - CEP: 58075-400
Telefax: (0xx83)231.6518
E-mail: cartoriolgomes@ig.com.br

CERTIDÃO DE CASAMENTO Nº 1471 AVERBAÇÃO DE DIVÓRCIO CONSENSUAL

Certifico que as fls. 136, do livro nº B AUX-5, consta o assento do Matrimônio de Casamento Religioso para Efeitos Cíveis de:

ROMERO DE SOIS ALVES e VERA LUCIA MAGALHÃES AVILA PAZ

Celebrado no dia: 23 de setembro de 2000, na Igreja Católica São Francisco, perante o celebrante Padre Vito Hoffmann, e as testemunhas constantes do termo. Pelo Regime da Comunhão Parcial de Bens, a qual passará a usar o nome de:

VERA LUCIA AVILA DE SOIS

O contraente é de nacionalidade brasileira, solteiro, apontador, nascido em Patos - Estado da Paraíba, aos 2 de março de 1975, residente e domiciliado nesta Capital. Filho de: JOSE ALVES DA COSTA e MARIA DE SOIS ALVES.

A contraente é de nacionalidade brasileira, solteira, professora, nascida em Sobral - Estado do Ceará, aos 31 de janeiro de 1962, residente e domiciliada nesta Capital. Filha de: LUIZ MAURO AVILA PAZ e GERARDA MAGALHÃES AVILA PAZ.

Casamento Religioso com Efeito Civil aqui inscrito nos termos da Lei Federal nº 1.110, de 23 de Maio de 1950. Habilitados nos Termos da Lei do artigo 180, nº 1 e IV do Código Civil Brasileiro. Lavrado em: 16 de outubro de 2000.

OBSERVAÇÕES:

Averbação de DIVÓRCIO CONSENSUAL: Certifico que o(a) MM Juiz(a) Dr(a) Sivanildo Torres Ferreira, da 2ª Vara de Família, João Pessoa -PB, decretou o(a) DIVÓRCIO CONSENSUAL, do casal constante desta certidão, extraído dos autos da ação nº 200.2005.031.821-70, cuja sentença datada em: 21-07-2005, transitou em julgado: 21-07-2005, devendo o Cônjuge varão, a usar o seu nome de solteira: VERA LUCIA MAGALHÃES AVILA PAZ, conforme mandado assinado em: 21 de Julho de 2005, confere com o original.

João Pessoa-PB, 22 de julho de 2005.

Raniedson Lima Gomes
Raniedson Lima Gomes
OFICIAL SUBSTITUTO

SERVIÇO REGISTRAL "LIMA GOMES"
Lindalva Lima Gomes
Oficiala

Av. Juscelino Kubitschek, 265 - Geisel
CEP 58 075-400 - João Pessoa - PB

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL - QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO ANULA ESTE DOCUMENTO

Telefone: (083) 3231-6518

AMARELO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

SERVIÇO REGISTRAL VIEIRA DE MELLO

Segundo Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa - Paraíba

Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 1133, Ed. Eldorado, sala 02, Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP 58030-001 - Fone: (0xx83) 3043-3917
Thadeu Goes Vieira de Mello - Titular Ana Cristina Pires Vieira de Mello - Substituta

NASCIMENTO Nº 103003

Certifico que, às folhas 038, do livro A-147, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de Maria Eduarda de Sousa Goes, nascida no dia 28 de maio de 2005, às dezessete horas e vinte e cinco minutos, na Maternidade do Hospital Unimed, em João Pessoa, PB, do sexo feminino, filha de Romero de Gois Alves e de Francisca Lucia Pereira de Sousa. São avós paternos: José Alves da Costa e Maria de Gois Alves e maternos: Otacilio Pereira da Silva e Odeth Pereira de Sousa.

Foi declarante o pai da registrada.

Observações: Esta certidão não contém rasuras. O registro foi lavrado aos trinta de maio de dois mil e cinco. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 30 de maio de 2005.
12 JUN 2019

Itamara Maria de Norais

Oficial do Registro Civil

Itamara Maria de Norais
Escrivente Autorizada





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de Óbito

NOME:

*** ROMERO DE GOIS ALVES ***

MATRÍCULA:

072249 01 55 2017 4 00116 381 0047498 90

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Divorciado, 42 anos
NATURALIDADE Patos - PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 929.432.094-49, RG 1710922 SSP/PB	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOSÉ ALVES DA COSTA e de MARIA DE GOIS ALVES. Residência do falecido: AV PRESIDENTE RANIERE MAZILLI nº 1875, CRISTO REDENTOR, João Pessoa - PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Treze de novembro de dois mil e dezessete, às 1h55min.11/2017.

DIA

13

MES

11

ANO

2017

LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA, VINDO DO IML - NESTA, CONFORME D O DE N 25891451-3

CAUSA DA MORTE

HEMORRAGIA AGUDA DEVIDO A, LESÕES CONTUSAS HEPÁTICAS, ESPLÊNICAS E PULMONARES, POLITRAUMATISMO, ACIDENTE DE TRANSITO TRICICLO/AUTOMÓVEL

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

No Cemitério do Cristo - Nesta Capital

DECLARANTE

DANIELLA DE GOIS ALVES, RG Nº 26516441 SSP PB, profissão BACHAREL EM DIREITO, estado civil solteira, residente AV PRESIDENTE RANIERE MAZILLI, 1875, CRISTO - NESTA CAPITAL, irmã do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dra Rayssa Dantas de Azevedo Almeida, CRM 7058

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-116, às folhas 381 sob o nº 47498. Data do registro: 13 de novembro de 2017. Data de nascimento do falecido: 2 de março de 1975. O FALECIDO ERA MOTORISTA, DIVORCIADO, DEIXOU FILHOS, DEIXOU BENS E ERA-ELEITOR. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE.

Nome do Ofício

Serviço de Registral Marques Costa - 11º Ofício

Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa

Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, SI-02, Ed. Planalto Center

Func. I, CEP: 58087000 - TELEFAX: (83) 3233-5600

E-mail: cartoriomarcoscosta@gmail.com

Selo digital AFI04518-78TW

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa, 15 de novembro de 2017.

12 JUN 2019

Rayssa Raianne da Cruz I. Santos

Rayssa Raianne da Cruz I. Santos

Escrevente

Serviço Registral Marques Costa



12 JUN 2019



Page 101 de 102

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** * 7417

Data postada para o levantamento da produção futura: 25.12.2017

Vencimento:
05/12/2017

Atenção:
Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá assinar, em duas vias, o encargos apropriados nesta fatura, quitando assim a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado o pagamento integral, o probito fatura poderá ser cancelada e o valor de R\$ 0,00. Consulte o CET
- Caso contrário, o valor de R\$ 0,00. Consulte o CET

Valor Total:

1.72

Pagamento mínimo

1.69

ETC RECIFE PE PLB

FRANCISCA L P SOUSA
R PEDRO IVO DE PAIVA 250 APT 205
CRISTO REDENTOR
58071-320 JOAO PESSOA - PB

Received: 24/11/2017

Document: 05/12/2007

729 213500923910000000433433241117

➤ Total da Fatura
Saldo - R\$

IOF e Encargos nesta Fatura

Encargos Financeiros

» **Tarifas**
Consiste en tarifas de seu cartão de



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-970 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INICIAR EM 01/01/2019
MATRÍCULA

71101348

REFERÊNCIA

2019/01/01

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - SERVIÇOS

MARCOS ANTONIO PEREIRA DE SOUZA
RUA PEDRO IVI DE ALVA, 250 - APTO 205 - CRISTO
REDENTOR JOAO PESSOA PB 58071-320

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Ponto	
001.021.070.0174.205	205	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
448346873	19/08/2014	FALETA DE 1/2"				

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

214-373399894-6

02/ago/2019

HORA DE 11:55:49

LOT, 13,014622 6

TERM 051309

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG, VINCULADA: 0036

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CAGEPA CIA AG ESG PARAIBA

VALOR DO PAGAMENTO: 94,64

826400000004 946400100016

071104348017 072019300036

214-373399894-6

12 VIA

VALOR APROXIMADO DE PAGAMENTO: R\$ 94,64

VENCIMENTO:

02/08/2019

Total a Pagar:

RS 94,64



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA TRABALHADA INFANTIL



12 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima ROMERO DE GOES ALVES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/11/2017, faleceu em 13/11/2017, no estado civil de DELUZADA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1	MARIA EDUARDA SOUZA GOES	FILHA	4793040	148.939.934-88
2	PALOMA TAVARES DE GOES	FILHA	003397962	703.055.644-55
3	TARIELA ÁVILA DE GOES	FILHA	4065062	116.872.424-45
4				
5				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro(mos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

7000 PESSOA-07-10-2019 Francisca Luciana P. A.
LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1	FRANCISCA LUCIANA	1008763	451023684-00	Francisca Luciana P. A.
2				

2

DADOS DAS TESTEMUNHAS

	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1				
2				

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

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: 929432094-49 Nome completo da vítima: ROMERO DE GÓES ALVES

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

Nome completo: MARIA EDUARDA DE SOUSA GÓES CPF: 148.939.934-88

Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA PEDRO IVO DE PAIVA Número: 250 Complemento: APT 205

Bairro: CRESTO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58071-320

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 0130834 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data: JOÃO PESSOA - 07-10-2019

Nome: MARIA EDUARDA DE SOUSA GÓES

CPF: 148.939.934-88

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Eduarda de Sousa Góes

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Francisca Helena P. Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1965
INSCRIÇÃO: 0085 1739 1228
ZONA: 054
MUNICÍPIO: 0006

MUNICÍPIO / UF: JOÃO PESSOA/PB
DATA DE VALIDADE: 20/01/2014

[Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

[Fotografia]

CPF: 451.023.604-00
DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1965

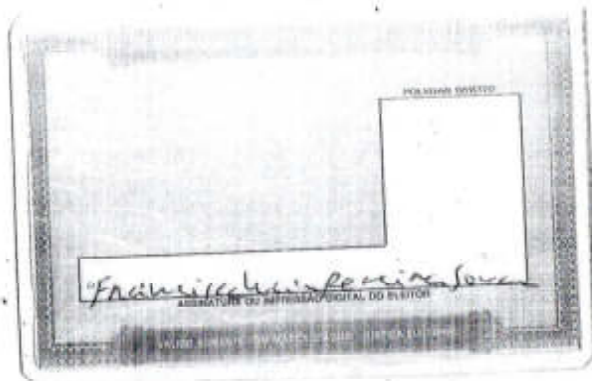
NOME: OTACILIO PEREIRA DA SILVA
COG: COSTA PEREIRA DE SOUSA

750723995

DATA DE VALIDADE: 20/01/2014

12 JUN 2013

MAPFRE



MAPFRE

12 JUN 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO REGISTRAL VIEIRA DE MELLO

Segundo Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa - Paraíba

Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 1133, Ed. Eldorado, sala 02, Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP 58030-001 - Fone: (0xx83) 3043-5917
Thadeu Goes Vieira de Mello - Titular **Ana Cristina Pires Vieira de Mello - Substituta**

NASCIMENTO Nº 103003

Certifico que, às folhas 038, do livro A-147, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de Maria Eduarda de Sousa Goes, nascida no dia 28 de maio de 2005, às dezessete horas e vinte e cinco minutos, na Maternidade do Hospital Unimed, em João Pessoa, PB, do sexo feminino, filha de Romero de Gois Alves e de Francisca Lucia Pereira de Sousa. São avós paternos: José Alves da Costa e Maria de Gois Alves e maternos: Otacilio Pereira da Silva e Odeth Pereira de Sousa.

Foi declarante o pai da registrada.

Observações: Esta certidão não contém rasuras. O registro foi lavrado aos trinta de maio de dois mil e cinco. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 30 de maio de 2005.
12 JUN 2019



Itamara Maria de Moraes

Oficial do Registro Civil

Itamara Maria de Moraes
Escrivente Autorizada



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: 929432094-49 Nome completo da vítima: ROMERO DE GÓES ALVES

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

Nome completo: MARIA EDUARDA DE SOUSA GÓES CPF: 148.939.934-88

Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA PEDRO IVI DE PAIVA Número: 250 Complemento: APT 205

Bairro: CRESTO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58071-320

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 0130834 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Vivos: 03 Falecidos: — Vítima deixou nescituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data: JOÃO PESSOA - 07-10-2019

Nome: MARIA EDUARDA DE SOUSA GÓES

CPF: 148.939.934-88

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Eduarda de Sousa Góes

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Francisca Helena P. Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima ROMERO DE GÓES ALVES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/11/2017, faleceu em 13/11/2017, no estado civil de DELUZADA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1	MARIA EDUARDA SOUZA GÓES	FILHA	4793040	148.939.934-88
2	PALOMA TAVARES DE GÓES	FILHA	003397962	703.055.644-55
3	TARIELA ÁVILA DE GÓES	FILHA	4065062	116.872.424-45
4				
5				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro(mos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

7000 PESSOA-07-10-2019 Francisca Luciana P. P. P.
LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1	FRANCISCA LUCIANA	1008763	451023684-00	Francisca Luciana P. P. P.
2				

2

DADOS DAS TESTEMUNHAS

	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1				
2				

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

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
	929932099-99	ROMENO DE COES ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
FRANCISCA LUCAS PEREIRA SOUZA		451023684-00		ASSISTENTE
Endereço		Número	Complemento	
R- PEDRO IV DE PAIVA		250	APTº 205	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
CRESTO	70AS PESSOA	PI	58071-320	
Email			Telefone (DDD)	
LUCASFSSO.HMSI@GMAIL.COM			898643-8754	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **CONTA**
 NRO. D/V NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO - BRADESCO
 Nome NRO.
 FRANCISCA LUCAS PEREIRA SOUZA
AGÊNCIA **CONTA**
 NRO. D/V NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

70AS PESSOA, 07 de OUTUBRO de 2019
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204419/19

Número do Sinistro: 3190383103

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

CPF: 929.432.094-49

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 12/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROMERO DE GOIS ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de casamento

Comprovação de registro de acidente declarado

FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA : 451.023.684-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA
CPF: 451.023.684-00

FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

LUCAS GARBO GALVAO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204419/19

Número do Sinistro: 3190383103

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do acidente: 12/11/2017

CPF: 929.432.094-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROMERO DE GOIS ALVES

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

MARIA EDUARDA DE SOUZA GOES :

Declaração de únicos herdeiros

FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA : 451.023.684-00

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

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 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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019
Nome: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA
CPF: 451.023.684-00

FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: GABRIELA RODRIGUES DE SOUSA
CPF: 390.789.688-26

GABRIELA RODRIGUES DE SOUSA

Autorização de pagamento

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário, juntamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU FABIOLA MOURA GUIMARÃES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.582.0663-9 EXPEDIDO POR _____ EM 08/02/2018

CPF 18860254876 / CNPJ _____, PROFISSÃO DO 1ª

E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROMERO DE G. ALVES AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00081009-4

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

JOÃO PESSOA 13 de MARÇO de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 61949 8678

6036

10/21

MasterCard

FABIOLA MOURA GUIMARAES

0036 013 00081009-4

débito



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08530.01.2017.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08530.01.2017.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:10 horas do dia 13 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula 1819763, ao final assinado, comparecer João José Rodrigues, CPF nº 706.733.067-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, identidade de gênero masculino, profissão Empregado - filial(a) de Josefa Amélia de Jesus e José Cândido Rodrigues, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 23/01/1958 (59 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Marinho Correia, Nº 109, complemento apt 106, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Não Declarado, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99859-0589.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua General Osório, Não Declarado, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/11/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) OUTROS FATOS.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O noticiante declara que o Sr. Romero estava conduzindo o tríciclo de placa ODM 6602-Espírito Santo Alegre, no local acima citado, que tal bem está no nome do noticiante, que o Sr. Romero bateu no poste e foi socorrido para o Hospital do Trauma que veio a óbito.

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

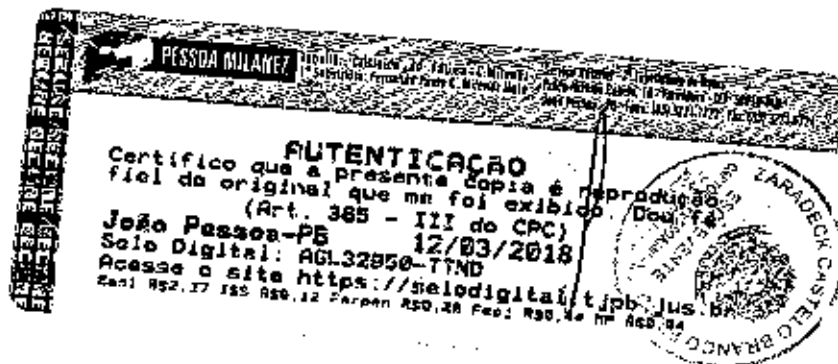
João Pessoa/PB, 13 de novembro de 2017.

MARIA IVA DE SOUSA VIEIRA

Agente de Investigação

JOAO JOSE RODRIGUES

Noticiante



Processamento Policial: 08530.01.2017.1.00.401

17-488-2018 11147 501749 1/1

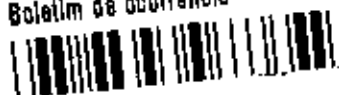
SEMPRE EM LIDERANÇA



MORTE



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08530.01.2017.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08530.01.2017.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever no íntegro: À(s) 12:10 horas do dia 13 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Bateria de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberto Gouvea Nêiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrada por Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula 1819763, no final assinada, compareceu João José Rodrigues, CPF nº 700.733.067-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, identidade de gênero masculina, profissão Empregado, filho(a) de Inácia Amélia de Jesus e José Cândido Rodrigues, natural de Cajimba de Dentro/PB, nascido(a) em 23/07/1958 (59 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Marinho Correia, Nº 100, complemento apt 106, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Não Declarado, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99859-0530.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua General Osório, Não Declarado, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: viaduto de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/11/17 16:30h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) OUTROS FATOS.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

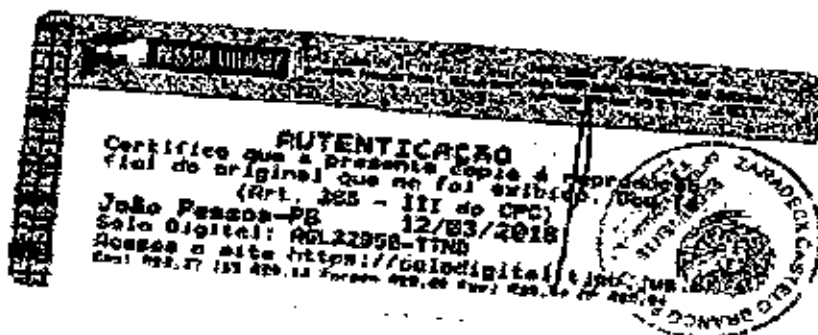
O notificante declara que o Sr. Romero estava conuizante o tráfego de placa ODM 6002 Espírito Santo, Alegre, no local acima citado, que tal bem está no nome do notificante, que o Sr. Romero batou no poste e foi socorrido para o Hospital do Trauma que veio a óbito.

Segundo o que havia a constar, cientificando(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e lida conforme, expede a presente Certidão, a referido é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de novembro de 2017.


MARIA IVA DE SOUSA VIEIRA
Agente de Investigação


JOÃO JOSÉ RODRIGUES
Notificante



Protocolo Policial: 08530.01.2017.1.00.401

14 06/185 2017 010 000-41 01000000 00000000



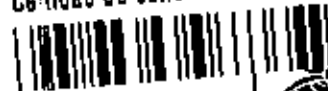
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

ROMERO DE GOIS ALVES

Certidão de óbito



CPF

929.432.094-49

MATRÍCULA:

072249 01 55 2017 4 00116 381 0047498 90

SEXO

Masculino

COR

Perda

ESTADO CIVIL E IDADE

Divorciado, 42 anos

NATURALIDADE

Patos, Paraíba

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF/MF Nº 929.432.094-49, RG Nº 1710922

SSP/PB

ELEITOR

Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOSÉ ALVES DA COSTA e de MARIA DE GOIS ALVES. Residência do falecido: AV PRESIDENTE RANIERE MAZILLI nº 1875, CRISTO REDENTOR, João Pessoa, Paraíba

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Treze de novembro de dois mil e dezessete, às 1h55min.

DIA

13

MÊS

11

ANO

2017

LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA, VINDO DO IML - NESTA, CONFORME O O DE N 25891451-3

CAUSA DA MORTE

HEMORRAGIA AGUDA DEVIDO A LESÕES CONTUSAS HEPÁTICAS, ESPLÊNICAS E PULMONARES, POLITRAUMATISMO, ACIDENTE DE TRANSITO TRICICLO/AUTOMÓVEL

SEPULTAMENTO / CRIAÇÃO

No Cemitério do Cristo - Nesta Capital

DECLARANTE

DANIELLA DE GOIS ALVES, RG Nº 26516441 SSP PB, profissão BACHAREL EM DIREITO, estado civil solteira, residente AV PRESIDENTE RANIERE MAZILLI, 1875, CRISTO - NESTA CAPITAL, irmã do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dra Rayssa Dantas de Azevedo Almeida, CRM 7058

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCER

Declaração de óbito nº:25891451-3. Ató registrado no livro C-116, às folhas 381 sob o nº 47498. Data do registro: 14 de novembro de 2017. Data do óbito: 13 de novembro de 2017. Profissão do falecido: MOTORISTA. Data de nascimento do falecido: 2 de março de 1975. Era eleitor. O falecido era divorciado. O FALECIDO ERA MOTORISTA, DIVORCIADO, DEIXOU FILHOS, DEIXOU BENS E ERA ELEITOR. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	1710922		SSP/PB	

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão coficante.

Nome do Ofício
Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício
CNPJ: 11.983.335/0001-93

Oficial Registrador
Cristina Cristina Lima Marques

Município/UF
João Pessoa-PB/11.983.335/0001-93

Endereço
Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center, Func. 1, CEP:
58067-000 - Telefax: (83) 3233-5600
E-mail: cartorio@marquescosta@gmail.com

Selo digital AGN31328-DX55
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.jpb.jus.br/>

Celso Ferreira de Medeiros
Escrevente
Serviço Registral Marques Costa



Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício
Autenticar esta cópia reproduzida de um original do Selo.
João Pessoa, 15.03.18
AA215867



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 638318 B
DOCUMENTO ORIGINAL

FABÍOLA MOURA GUMARAES
RUA SAGUARAÉ, 104 - CENTRO
JOÃO PESSOA / PB CEP 58103-700 (AO 1)

Emissão: 14/10/2017 Referência: Out / 2017
Classe/Status: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO P200, Km 25 - Crlta Redenar - João Pessoa / PB - CEP 58071-050
Roteiro: B - 1 - 116 - 2740 Nº medidor: 0000077818

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.995.119/0001-40 - Ins. Est. 150-15 023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.446.510
Cód. para DRE: Autenticação: 0000077818

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

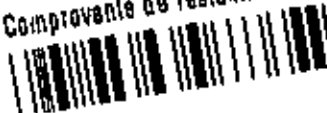
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN
Out / 2017 11/10/2017 13/11/2017 18860254878

UC (Unidade Consumidora): 5/1097124-0

Canal de contato

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMÉTRICO
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA OBRIGATORIA SUPLENTE
O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARÁIBA ALETA QUANTO
AO CADASTRAMENTO PROCURE UM CARTÃO ELEITORAL
MAS PROCURE PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/09/17	28945	11/10/17	28945	28

CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Adic. Xerox (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)
001	Consumo em kWh	122,050	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001	Adic. B. Amarela			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001	Adic. B. Verde			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Adic. Xerox (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)	Base (R\$)
007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Códigos de Classificação de Item TOTAL: 99,47 99,47 29,82 29,82 0,23 0,23

Parcela anterior em atraso (kWh) **VENCIMENTO 21/11/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 99,47**

Histórico de Consumo (kWh)

137 | 178 | 202 | 184 | 230 | 195 | 237 | 179 | 200 | 210 | 191 | 159
Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16

adb6.fcd6.0fb0.7a79.a979.fce1.1c81.docf.

Indicadores de Qualidade

11/2017 - Unidade

Indicador	Limites da ANCEL	Apturado	Limite de Tensão (V)
ONDULÂNCIA	0,05	0,00	NOMINAL
OND. TRANSMISSÃO	0,05	0,00	NOMINAL
OND. DISTRIBUIÇÃO	0,05	0,00	NOMINAL
OND. TRANSFORMADOR	0,05	0,00	NOMINAL
OND. SUBST. TRANSFORMADORA	0,05	0,00	NOMINAL
OND. SUBST. DISTRIBUIÇÃO	0,05	0,00	NOMINAL
OND. SUBST. TRANSFORMADORA	0,05	0,00	NOMINAL
OND. SUBST. DISTRIBUIÇÃO	0,05	0,00	NOMINAL

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de O&M da Energia Elétrica	22,87	22,89
Consumo de Energia	31,40	31,57
Serviço de Transmissão	0,53	0,53
Serviço de Distribuição	0,26	0,26
Serviço de Manutenção	0,21	0,21
Serviço de Engenharia	0,00	0,00
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	55,27	55,27

Valor do EUSD (R\$) 0/2017) R\$ 41,29

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Leitura confirmada

PARÁIBA
Roteiro: B - 1 - 116 - 2740
Matrícula: 000124-2017-10-1

VENCIMENTO 21/11/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 99,47

83640000000-3 99470149000-9 10971242017-2 10100001019-5



PROJA

**TERMO DE CONCILIAÇÃO
DECLARAÇÃO CÔNJUGE - COMPANHEIRO/A**

FABÍOLA NOUVA GUIMARÃES, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº. 2.582.0663-9, CPF nº. 1.88602548-76, residente na R: SÃO NOMEDE, 108 CENTRO, declaro que fui **companheiro / a** da vítima ROMERO DE GOIS ALVES, até a data do seu óbito, a qual faleceu no estado civil de casado / a e separado / a de fato, com quem:

() deixei filhos: ou

(X) não deixei filhos,

de comum acordo com

Declaração cônjuge



_____, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº. _____, CPF nº. _____, residente na _____, declaro que fui **casado / a** com a vítima _____, a qual faleceu no estado civil de casado / a e separado / a de fato, com quem:

() deixei filhos: ou

() não deixei filhos,

RESOLVEM, por meio deste instrumento particular, celebrar a presente transação para que a parcela da indenização do Seguro DPVAT que nos é devida pelo falecimento de nosso cônjuge ou companheiro / a seja dividida em partes iguais entre nós.

CONCORDAMOS plenamente que, mediante o pagamento da indenização, na forma por nós acordada no presente Termo de Conciliação, damos a mais ampla, geral e irrevogável quitação e nada mais poderemos reclamar em Juízo ou fora dele, com relação a indenização do Seguro DPVAT que nos era devida pelo falecimento da vítima acima indicada, responsabilizando-nos civil e criminalmente pelas declarações aqui prestadas.

Cidade e data: JOÃO PESSOA, 13 DE MARÇO DE 2018

Assinatura do cônjuge

Assinatura do / a companheiro / a

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima ROMERO DE SOUZA ALVES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/11/17, faleceu em 13/11/17, no estado civil de DIVORCIADO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. <u>FABÍOLA M. GUIMARÃES</u>	<u>COMPANHEIRA</u>	<u>25820663-9</u>	<u>1886254876</u>
2.			
3.			
4.			
5.			

Declaração de únicos herdeiros



(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome Roberto Mauro Guimaraes.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

João Pessoa 10-04-2018 Josete da Silva Lopes
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE
João Pessoa 10-04-2018 Maria do Rosário Gonçalves da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

 LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

 LOCAL E DATA ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar **pele menor**.
- Caso o herdeiro legal possua **entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

PROTEÇÃO PLASTIFICADA

881355530

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

881355530



Nome: ROMERO DE GOIS ALVES

Codificação / Origem: 1110027 SER

CPF: 929.432.094-49 Data de Nascimento: 02/03/1975

Nome: JOSE ALVES DA COSTA
MÃE: MARIA DE GOIS ALVES

Validade: 16/10/2018 06/12/2002

1ª Emissão: 07/03/1977

Validade: 16/10/2018

1ª Emissão: 06/12/2002

Comissão de Análise

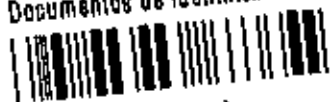
Local: PESSOAL, PB

Data de Emissão: 17/10/2013

Rodolfo Carneiro

81564973987
PB027305287

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Romero de Gois Alves*

CPF: 929.432.094-49

Data de Nascimento: 02-03-1975

Nome: JOSE ALVES DA COSTA

Mãe: MARIA DE GOIS ALVES

Validade: 16/10/2018

1ª Emissão: 06/12/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Romero de Gois Alves*

CPF: 929.432.094-49

Data de Nascimento: 02-03-1975

Nome: JOSE ALVES DA COSTA

Mãe: MARIA DE GOIS ALVES

Validade: 16/10/2018

1ª Emissão: 06/12/2002

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: DOMINGOS DE GOIS ALVES
 DATA DE NASCIMENTO: 12-08-1994
 DATA DE EMISSÃO: 02-03-1975
 LOCAL DE EMISSÃO: CUIABÁ

ENDEREÇO: RUA...
 CEP: 78000-000
 CIDADE: CUIABÁ

FONELE: 329 432 894 49

Assinatura: *[Assinatura]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: DOMINGOS DE GOIS ALVES
 DATA DE NASCIMENTO: 12-08-1994
 DATA DE EMISSÃO: 02-03-1975
 LOCAL DE EMISSÃO: CUIABÁ

Assinatura: *[Assinatura]*

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: DOMINGOS DE GOIS ALVES
 DATA DE NASCIMENTO: 12-08-1994
 DATA DE EMISSÃO: 02-03-1975
 LOCAL DE EMISSÃO: CUIABÁ

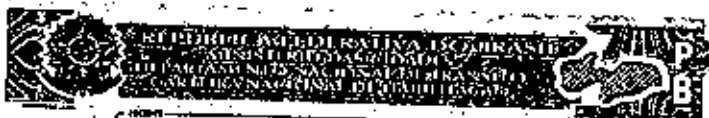
Assinatura: *[Assinatura]*

NOME: JOAO PESSOA, PB
 DATA DE NASCIMENTO: 17/10/2013
 DATA DE EMISSÃO: 01/06/2013
 LOCAL DE EMISSÃO: CUIABÁ

Assinatura: *[Assinatura]*

NOME: DOMINGOS DE GOIS ALVES
 DATA DE NASCIMENTO: 12-08-1994
 DATA DE EMISSÃO: 02-03-1975
 LOCAL DE EMISSÃO: CUIABÁ

Assinatura: *[Assinatura]*



FABÍOLA MOURA GUIMARÃES



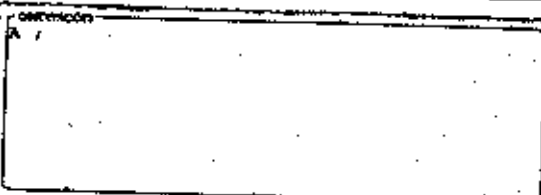
SOC. ECONÔMICA / CATEGORIA
25820683 SSP SP

CPF
188.602.548-76 DATA NASCIMENTO
12/10/1989

nome
MÁRIA LEIDE MOURA

estado civil
casado

RG
03349458620 validade
15/09/2022 1ª emissão
02/08/2004



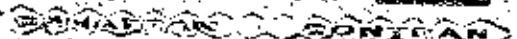
Fabíola Moura Guimarães

ASSINATURA DO TITULAR

nome
JOÃO PESSOA, PE data de emissão
18/09/2017

João Pessoa
ASSINATURA DO EMPREGADOR
56406481890
PR035382589

PARAÍBA



Documentos de identificação





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

Laudo do IML - Necropsia



LAUDO CADAVERÍCO

Laudo nº 03.01.01.112017.29624

ROMERO DE GOIS ALVES

Órgão requisitante: Central de Flagrantes da Capital
Dr(a): Juvanira Holanda Linhares

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DAV

CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.112017.29624, constante no IPE nº 236/2017. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, B. de Azevedo, Mat. 155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVL.



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

RELATÓRIO TÉCNICO DE EXAME DE DOSAGEM ALCOÓLICA COMPLEMENTAR AO LAUDO CADAVERÍCO

Laudos nº 03.01.01.112017.29624

ROMERO DE GOIS ALVES

Órgão requisitante: Central de Flagrantes da Capital
Dr(a): Juvanira Holanda Linhares

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DAV

CERTIDÃO
LOPC LC 95/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICADO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.112017.29624,
constante no IPI nº 236/2017. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Belmiro José B. de Azevedo, MMT,
155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.



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

C: 227210 Laudo nº: 03.01.01.112017.29624

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) Central de Flagrantes da Capital de nº 2647/17 datada de: 13/11/2017, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: ROMERO DE GOIS ALVES, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: divorciado(a), 42 anos, natural de: Patos/PB, sexo: masculino, Raça/cor: pardo. filho/a de: José Alves da Costa e Maria de Gois Alves, residente na Rua Ranieri Mazille 1875 Cristo Redentor João Pessoa/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO: Consta em requisição de exame cadavérico emitida por delegada de polícia os seguintes termos, *in verbis*, "conta o sobrinho do mesmo, que o examinado, estava guiando um triciclo, quando foi abalroado, por um veículo não identificado, vindo a colidir em um poste, fato ocorrido na Avenida General Osório, nas proximidades do Pavilhão do Chá."

Exame realizado em: 13/11/2017 às 08:57h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, que mede 174cm de estatura, de complexão física normolínea, aparentando bom estado de nutrição e de conservação; não trajando roupas, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso, estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos curtos e pretos e não apresenta lesões. Dos condutos auditivos, das narinas e da boca não surge secreção. O cadáver apresenta pequenas escoriações em regiões frontal, dorso do nariz e geniana direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais; apresenta edema e ferimento de bordas irregulares, unidas por fios de sutura, em nuca, medindo cerca de 10cm. O tórax e abdômen: equimoses e escoriação em transição tórax-abdominal e flanco direito. Deformidade e crepitação de tórax direito. Ferimento linear, de bordas regulares, com bordas unidas por fios de sutura, medindo cerca de 2cm de extensão, em hemitórax direito, compatível com drenagem torácica. Genitália externa: masculina, sem lesões. Membros superiores: escoriação linear braço esquerdo (10cm). Membros inferiores: escoriação em placa em dorso do pé esquerdo. Dorso: íntegro.

II - INSPEÇÃO INTERNA:

CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado: hematoma subgaleal fronto parietal e em nuca à direita; abóbada craniana íntegra. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou contusão bilateral. Retirado o encéfalo, procedida a sua secção, o(a) perito(a) constatou: infiltrados hemorrágicos meningo-encefálicos. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se íntegro. **PESCOÇO:** sem lesões. **CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL:** Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecados os planos músculos-cutâneos das paredes: fratura de terço médio

[Assinatura]

de esterno, de 1º a 3º arco costal esquerdo e de 2º a 5º arco direito. Tórax: contusões pulmonares e de mediastino. Abdomen: Moderada quantidade de sangue na cavidade abdominal; lesões contusas de baço e fígado; hematomas retroperitoneais e infiltrados hemorrágicos em vísceras.

III - EXAMES COMPLEMENTARES

Realizada coleta de amostra de sangue para realização de exame pericial para quantificação de etanol em sangue humano.

Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos

RESPOSTAS AOS QUESTITOS:

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? HEMORRAGIA AGUDA DEVIDO A LESÕES CONTUSAS HEPÁTICA, ESPLENICA E PULMONARES DEVIDO A POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? NÃO.

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).

D(a) *Rayssa Diniz de Azevedo Almeida*
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 168.223-7 CRM 7058/PB

CERTIFICADO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.02.112017-29624, constante no IPL nº 236/2017. A retida é verdadeira, dou fé. Eu, *Rayssa Diniz de Azevedo Almeida*, Perito Oficial Médico-Legal, no ato da assinatura, em 09 de abril de 2018.



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

C: 227210 Laudo nº: 03.01.01.112017.29624

LAUDO TANATOSCÓPICO

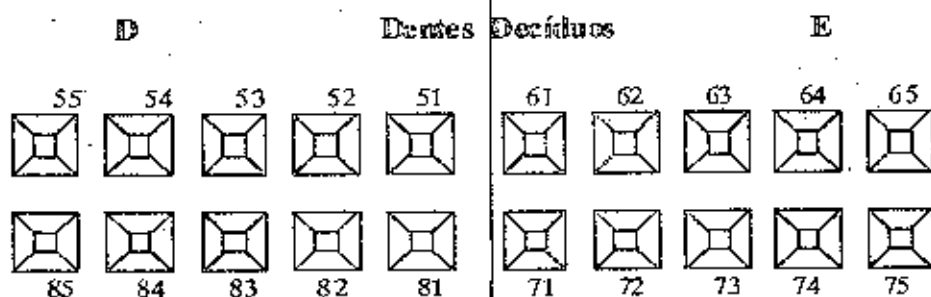
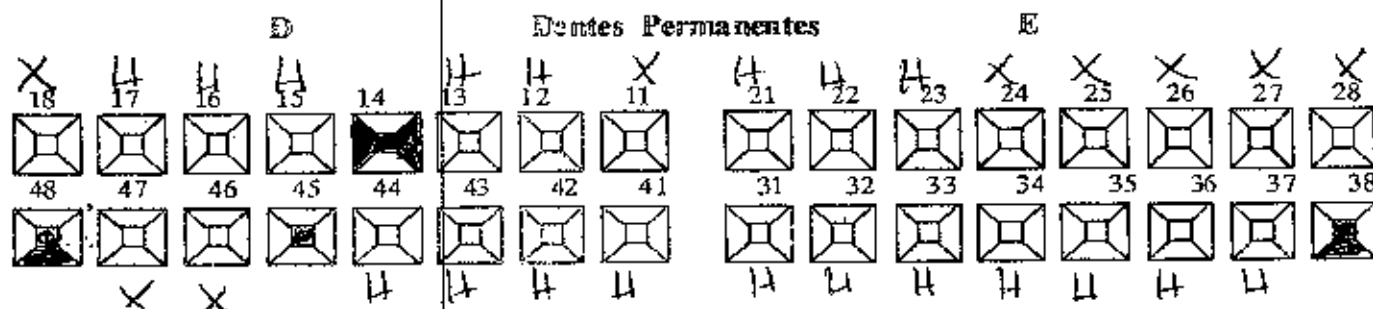
Secção de Odontologia

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

Órgão Requisitante: Central de Flagrantes da Capital. Nº da Solicitação: 2647/17. Autoridade Solicitante: Juvanira Holanda Linhares. Nome: ROMERO DE GOIS ALVES, 42 anos, filho(a) de: José Alves da Costa e de: Maria de Gois Alves. Sexo: masculino. Estado civil: divorciado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Patos/PB. Profissão: motorista.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

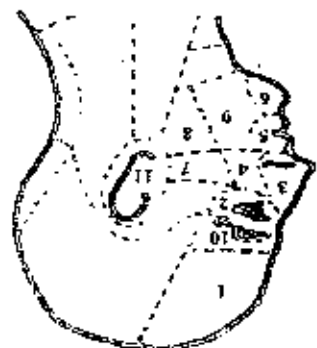
Rosto: redondo. Sobrancelhas: retas. Pálpebras: fechadas. Íris: prejudicado. Cor: parda. Pupilas: prejudicado. Conjuntivas: prejudicado. Nariz: mesorrino. Boca: média. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem.



⊙ - Restauração
O - Cárie
X - Extração
RR - Resto radicular
A - Ausente
H - Hígido

CERTIDÃO
LPC LC 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICADO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.112017.29624, constante na IPL nº 236/2017. A referência é verdadeira, do Juiz Eu. Bel. Alcebades B. de Azevedo, Mat. 155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.

Dr(a) Maria Dolores L. de Andrade
Perito Oficial Odonto-Legal
Mat:159.992-5 CRO 2914/PB



DESCRICAÇÃO DO EXAME: O cadáver apresenta pequenas escoriações nas seguintes regiões: frontal, dorso do nariz e geniana direita. Dos orifícios naturais da face não foi secreção. Elementos dentários descritos conforme odontograma anexo. Palpebras suturadas conforme documento anexo de procedimento de doação de córneas.

REGIÕES DA FACE

- 1) FRONTAL
- 2) ORBITÁRIA
- 3) NASAL
- 4) GENIANA
- 5) LABIAL
- 6) MENTONIANA
- 7) ZIGOMÁTICA
- 8) MASSETERINA
- 9) BUCINADORA
- 10) PALPEBRAL OU SUPERCILAR
- 11) PRÉ-AURICULAR



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO FORENSE DA 1ª SRIPC
LABORATÓRIO DE TOXICOLOGIA DE JOÃO PESSOA



LAUDO PERICIAL Nº 02.01.04.112017.31155
QUANTIFICAÇÃO DE ETANOL EM SANGUE HUMANO

Autoridade Solicitante: Rayssa Dantas de A. Almeida – Perita Oficial Médico-Legal.

Memorando número: 1248/2017 de 13 de novembro de 2017 – NUMOL João Pessoa.

1) HISTÓRICO:

Data de recebimento do Memorando, das Requisições e do material biológico no NULF-JP/LATOX: 23 de novembro 2017.

Nome do Perito Oficial Médico-Legal: Rayssa Dantas de A. Almeida.

Número de registro no LATOX: 622/2017

Tipo de exame complementar solicitado: Alcoolemia.

Tipo de amostra biológica coletada: Sangue.

Material colhido do cadáver de: ROMERO DE GOIS ALVES.

Data da coleta: 13/11/2017.

Número do Laudo Cadavérico: 03.01.01.112017.29624.

2) MATERIAL RECEBIDO NO LATOX PARA ANÁLISE:

01 (um) tubo de vidro, fechado com tampa de cor cinza, identificado com o nome do periciando supracitado e número do Laudo cadavérico. No interior do tubo havia sangue, de acordo com o memorando supra, congelado e com volume de aproximadamente 4,0 ml (quatro mililitros).

3) EXAME:

A quantificação de etanol em sangue humano foi realizada com sistema de cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas, através do método “headspace” de análise. Utilizou-se uma coluna capilar com fase estacionária SOLGEL-WAX para a separação dos analitos, de acordo com a metodologia padronizada neste laboratório.

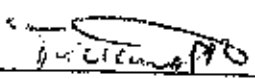
4) RESULTADO:

Através da técnica utilizada foi detectada uma concentração de 0,7 g/L (zero vírgula sete gramas por litro de sangue) de **ETANOL** (ÁLCOOL ETÍLICO), na amostra analisada.

Para fins de eventual nova perícia, uma amostra do material pesquisado ficará armazenada neste Laboratório de Toxicologia Forense, sob congelamento, por um período de 90 (noventa) dias a partir da conclusão deste Laudo Pericial, sendo então descartada ao final do período, caso não ocorra manifestação contrária.

Nada mais havendo a lavar-se, foi encerrado o presente Laudo, vai pelo perito abaixo assinado, com verso em branco, ficando dele cópia de igual teor arquivada e assinada neste Núcleo de Laboratório Forense da 1ª SRIPC.

Laboratório de Análises Toxicológicas em João Pessoa – PB, 02 de janeiro de 2018.


Ticiano Pereira Barbosa
Perito Oficial Químico-Legal
Matrícula: 160.026-5



CERTIFICADO
L. 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICADO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.112017.29624, constante no IPJ nº 236/2017. A referida é verdadeira, dou fé! Eu, Beatriz Alcibiades B. de Azevedo, Mat. 255724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAYC.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151267/18
Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES
CPF: 929.432.094-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/11/2017
Titular do CPF: ROMERO DE GOIS ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

Outros



FABIOLA MOURA GUIMARAES : 188.602.548-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração cônjuge
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2018
Nome: FABIOLA MOURA GUIMARAES
CPF/CNPJ: 188.602.548-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FABIOLA MOURA GUIMARAES

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

MORTE ☐ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS** ☐

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ROQUELO DE SOUZA ALVES

DATA DO ACIDENTE 24.01.2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO NE CPF 999.432.094-49

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Alvará Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) FRANCISCA RODRIGUES DA SILVA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 188660284816

E-mail francisca.rod@guianacoin.com Tel 3987069280

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento 104 Matrícula 8488037-1
Atendente ALENIA DE SOUSA
Data: 10/04/18 Assinatura: [Assinatura] Matrícula 8488037-1

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores: **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir um desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar imediatamente o remetente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder, except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - ES Nº 011439939513
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 Cód. RENAVAM: 00423402413 R.U.T.A.C.: 3333333333 EXERCÍCIO: 2015

NOME: JOAO JOSE RODRIGUES

CPF / CNPJ: 708.733.082-04 PLACA: 0DM6302

PLACA ANT / UF: 0DM6302/ES CHASSI: 3B903TR35UWEH2031

ESPÉCIE TPO: PAS/TRICICLO COM MOTOR COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: ATMAN/FALCON C1 ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CIL: 22/80CV/1600CC CATEGORIA: PARTIO COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: 3AGO VENC. COTA ÚNICA: 01/04/2015 VENC. COTAS: 1º 01/04/2015

FAIXA LEVA: 3 PARCELAMENTO / COTAS: 2º 01/04/2015 3º 01/04/2015

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 3AGO EM IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 31/03/2015

OBSERVAÇÕES: MOTOR: BWH004412/2 EIXO

LOCAL: ALEGRE/ES DATA: 03/04/2015

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA APRESSADA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ES Nº 011439939513 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO JOSE RODRIGUES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

708.733.082-04 www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 01/04/2015

JOAO JOSE RODRIGUES PLACA: 0DM6302

RENAVAM: MARCA / MODELO:

ANO FAB: 2012 CIL. TQS: 162-04 Nº CHASSI: 0DM6302

00423402413 PRÊMIO TARIFÁRIO C1

FNS (R\$): 2012 9 DENATRAN (R\$): 3B903TR35UWEH2031 CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL GERADO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: DATA DE COTAÇÃO: COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.800/0001-04
www.seguredovalider.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151267/18

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

CPF: 929.432.094-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/11/2017

Titular do CPF: ROMERO DE GOIS ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2018
Nome: FABIOLA MOURA GUIMARAES
CPF: 188.602.548-76

FABIOLA MOURA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Alessandra Magalhães

De: Marcus Reis <marcus.reis@delphos.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 20 de agosto de 2018 10:05
Para: Projeto Correo
Cc: Marco Silva
Assunto: Solicitação - 3180192799
Anexos: Boletim de ocorrência.pdf

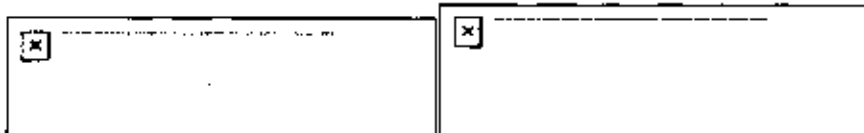
Prezados, bom dia!

Pedimos a gentileza de receber o documento em questão junt ao item boletim de ocorrência, haja vista que foi pendenciado indevidamente.

Não conseguimos suspender, pois o analista não faz mais parte do quadro de funcionários da DELPHOS.

Aviso Seguradora Líder de Morte registrado por:
Usuário: JULIANA MARQUES RODRIGUES
Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO
Dependência: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0800)

Marcus Reis
Coordenadoria de Sinistros de Pessoas
DELPHOS
www.delphos.com.br
Rio de Janeiro: (21) 4009-1939



IMPORTANTE: Os documentos e arquivos anexados a este e-mail contém informações que podem ser confidenciais. Esta informação é para uso exclusivo do (s) destinatário(s) específico (s) cujo nome (s) aparece (em) na seção de cabeçalho do e-mail. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, notifique o remetente imediatamente pelo retorno da mensagem e delete o arquivo e seus anexos. Você está sendo notificado que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou adoção de qualquer ação decorrente da informação confidencial contida neste documento é estritamente proibida. Qualquer violação poderá ser penalizada por lei.

IMPORTANT: The documents and files attached to this transmission contain confidential information that must be kept secret by law. This information is for the exclusive use of the specified recipient whose name appears in this transmission. If you have received this message by mistake, please notify us immediately by return e-mail and delete the file and its attachments. You are hereby notified that any dissemination, copying, distribution or adoption of any action arising from the confidential information contained herein is strictly prohibited. Any violation will be penalized by law.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROMERO DE GOIS ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 02/03/75
NOME DA MÃE MARIA DE GOIS ALVES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.041.043
Nº PRONTUARIO 105.379
DATA DO ATENDIMENTO 12/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO D + TRAUMATISMO NÃO
ESPECIFICADO DO ABDOME GRAVE + PARADA CARDÍACA
CID 10 S 27.1 + S 39.9 + I 46

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x poste), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, com rebaixamento de consciência, agitado, sendo entubado na ambulância, abdome distendido com escoriações além de ferimento corto-contuso extenso em couro cabeludo, abdome distendido com escoriações. Relato de está alcoolizado. Glasgow 8. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
TC do tórax
TC do abdome
USG do abdome total

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 08.874-8

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do documento
apresentado neste ato.

Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente

Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AIC67808-8907

Cria/firma os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Valor do Ato: R\$ 3,40

24/06/2019 10:14

TRATAMENTO:

Hemotórax traumático D à TC do tórax. Sem alteração às TC's crânio e cervical. Pequena lâmina de líquido peri-esplênico USG. Sem resultado da TC abdome. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos Franca da equipe da Cirurgia geral. Tratamento conservador pela equipe da Neurocirurgia que solicitou vaga em UTI; conduta expectante pela equipe da Cirurgia Geral. Apresentou quadro instável e PCR (parada cardíaco-respiratória), sendo feita reanimação cardíaca com sucesso. Retorna com agravamento do quadro clínico chegando à óbito.

ALTA HOSPITALAR: 13/11/2017 ÓBITO às 01:55 hs
DATA DA EMISSÃO: 03/05/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (CRM/2516)

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM/2516/PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROMERO DE GOIS ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 02/03/75
NOME DA MÃE MARIA DE GOIS ALVES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.041.043
Nº PRONTUARIO 105.379
DATA DO ATENDIMENTO 12/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 17:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO D + TRAUMATISMO NÃO
ESPECIFICADO DO ABDOME GRAVE + PARADA CARDÍACA

CID 10 S 27.1 + S 39.9 + I 46

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x poste), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, com rebaixamento de consciência, agitado, sendo entubado na ambulância, abdome distendido com escoriações além de ferimento corto-contuso extenso em couro cabeludo, abdome distendido com escoriações. Relato de está alcoolizado. Glasgow 8. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
TC do tórax
TC do abdome
USG do abdome total



12 JUN 2019

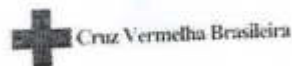
TRATAMENTO:

Hemotórax traumático D à TC do tórax. Sem alteração às TC's crânio e cervical. Pequena lâmina de líquido peri-esplênico USG. Sem resultado da TC abdome. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos Franca da equipe da Cirurgia geral. Tratamento conservador pela equipe da Neurocirurgia que solicitou vaga em UTI; conduta expectante pela equipe da Cirurgia Geral. Apresentou quadro instável e PCR (parada cardíaco-respiratória), sendo feita reanimação cardíaca com sucesso. Retorna com agravamento do quadro clínico chegando à óbito.

ALTA HOSPITALAR: 13/11/2017 ÓBITO às 01:55 hs
DATA DA EMISSÃO: 03/05/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM 2516/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1041043



Identificação do paciente			
ID 1229775	Nome ROMERO DE GOIS ALVES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42 anos 8 meses 10 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DE GOIS ALVES	Pai JOSE ALVES DA COSTA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 90000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1710922	Nº Cns	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade PATOS	CBOR	
Endereço			
CEP 58013425	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DO MERCADO CENTRAL
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 12/11/2017 17:38:43	Número da pulseira 1000005168148	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	 MOTO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X ☐	Sangue ☐	Urina ☐	TC ☐
Liquor ☐ ECG ☐ Ultrasonografia ☐			
Dados clínicos <i>paciente vítima de acidente automobilístico, sem exatidão quanto ao tipo de carro envolvido. em TOT.</i>			
Diagnóstico Isaias J. Santiago de Souza Enfermeiro COREN-PB 500757			CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			Tempo 01min 36seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO PARÁIBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES			Prontuário	
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA		Nº Cons. Regional 6612/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 13/11/2017 00:37:11		Senha
Convênio SUS		Nº Matrícula		

Anamnese

CIRURGIA TORACICA

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA COM TCE E IMAGEM DE CONTUSÃO PULMONAR EM HEMITÓRAX DIREITO SUBMETIDO A TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL. PARADA CARDIORESPIRATÓRIA COM REANIMAÇÃO BEM SUCEDIDA POR 15 MINUTOS DEBITO HEMATICO PEQUENO E DRENO PÉRVIO OSCILANDO COM DÉBITO AÉREO À PALPAÇÃO SEM SINAIS DE FRATURA OU ENFISEMA SUBCUTANEO ESCORIAÇÕES USG DE ABDOME COM PEQUENA LAMINA DE LIQUIDO PERIESPLOENICO SEM SINAIS DE DERRAEM PERICARDICO AO USG DO TÓRAX CD SOLÇICITO GASIMETRIA ARTERIAL SOLICITO RADIOGRAFIA DO TÓRAX



12 JUN 2019

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 250ML), ADMINISTRAR 250,0 ML VIA E.V, CONTINUA

Diluir

FENTANILA 0,05 MG/ML INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA 10ML), DILUIR 10,0 ML

MIDAZOLAM 50MG/10ML INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), DILUIR 10,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 250ML), ADMINISTRAR 250,0 ML VIA E.V, CONTINUA, 0.0 (MGTSM)

Diluir

NOREPINEFRINA 1MG/ML (AMPOLA 4ML) - ALTO RISCO, DILUIR 8,0 ML

AMPICILINA + SULBACTAM 3G (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 10 DIA(S)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612

ROMERO DE GOIS ALVES

FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA
(CRM: 6612/PB)

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 12/11/2017 17:40:19



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES	BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES		CNS	Prontuário
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN	Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA	Nº Cons. Regional 6612/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 23:14:18	Senha
Convênio SUS	Nº Matrícula		

Anamnese

#Reavaliação da Cir. Geral#

Paciente segue grave, hemodinamicamente instável. Hb (22:32h) = 10,30g/dl, sem queda em relação ao valor da admissão. Realizado FAST na beira do leito, na vermelha, pela Dra. Catarina, que julgou abdome inocente, com fina lâmina perihepática e periesplênica, sem coleções, não justificando o quadro de choque refratário.

CD:

1. Seguimento com FAST/ Hb/Ht seriado
2. Aguardo parecer da Cir. Torácica.

EXAME LABORATORIAL

GASOMETRIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA)

Conduta

Em observação

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612

ROMERO DE GOIS ALVES

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612

FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA
(CRM: 6612/PB)



12 JUN 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES			Prontuário	
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA		Nº Cons. Regional 6612/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 23:14:18		Senha
Convênio SUS		Nº Matrícula		

Anamnese

#Reavaliação da Cir. Geral#

Paciente segue grave, hemodinamicamente instável. Hb (22:32h) = 10,30g/dl, sem queda em relação ao valor da admissão. Realizado FAST na beira do leito, na vermelha, pela Dra. Catarina, que julgou abdome inocente, com fina lâmina perihepática e periesplênica, sem coleções, não justificando o quadro de choque refratário.

CD:

1. Seguimento com FAST/ Hb/Ht seriado
2. Aguardo parecer da Cir. Torácica.

EXAME LABORATORIAL

GASOMETRIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA)

Conduta

Em observação

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612

ROMERO DE GOIS ALVES

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612

FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA
(CRM: 6612/PB)



MAPFRE

12 JUN 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES	BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES		CNS	Prontuário
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN	Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA	Nº Cons. Regional 6612/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 23:06:02	Senha
Convênio SUS	Nº Matrícula		

Anamnese

CIRURGIA TORACICA

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA COM TCE E IMAGEM DE CONTUSÃO PULMONAR EM HEMITÓRAX DIREITO SUBMETIDO A TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL. PARADA CARDIORESPIRATORRIA COM REANIMAÇÃO BEM SUCEDIDA POR 15 MINUTOS DEBITO HEMATICO PEQUENO E DRENO PÉRVIO OSCILÇANDO COM DÉBITO AÉREO À PALPAÇÃO SEM SINAIS DE FRATURA OU ENFISEMA SUBCUTANEO ESCORIAÇÕES USG DE ABDOME COM PEQUENA LAMINA DE LIQUIDO PERIESPLOENICO SEM SINAIS DE DERRAEM PERICARDICO AO USG DO TÓRAX CD SOLICITO GASIMETRIA ARTERIAL SOLICITO RADIOGRAFI DO TÓRAX

Conduta

Em observação

Dr. Francisco Queiroga
Cirurgião Torácico
CRM-PB 6612FRANCISCO ANTONIO CARTAXO DE QUEIROGA
(CRM: 6612/PB)

ROMERO DE GOIS ALVES



MAPFRE

12 JUN 2019

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

Paciente	BAE		Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROMERO DE GOIS ALVES	1041043		12/11/2017 17:38:43	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/03/1975	42	Masculino		(83) 988247514
Mãe				Prontuário
MARIA DE GOIS ALVES				
Endereço	Bairro	Município	UF	
DO MERCADO CENTRAL, SN	CENTRO	JOAO PESSOA	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	HELTON VELOSO DE MOURA	7113/PB	
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição			
12/11/2017 17:38:43	12/11/2017 22:55:47			
Convênio	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

Reavaliação da Cir. Geral#

Paciente segue grave, hemodinamicamente instável. Hb (22:32h) = 10,30g/dl, sem queda em relação ao valor da admissão. Realizado FAST na beira do leito, na vermelha, pela Dra. Catarina, que julgou abdome inocente, com fina lâmina perihepática e periesplênica, sem coleções, não justificando o quadro de choque refratário.

CD:

1. Seguimento com FAST/ Hb/Ht seriado
2. Aguardo parecer da Cir. Torácica.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ROMERO DE GOIS ALVES

Dr. Helton Veloso
Cir. Geral/Urologia
CRM-PB 7113

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)

 MAPFRE

.12 JUN 2019



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROMERO DE GOIS ALVES	1041043	12/11/2017 17:38:43	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/03/1975	42		(83) 988247514
Mãe	Masculino		Prontuário
MARIA DE GOIS ALVES			
Endereço	Bairro	Município	UF
DO MERCADO CENTRAL, SN	CENTRO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FERNANDO RAMALHO DINIZ	2797/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/11/2017 17:38:43		12/11/2017 22:00:46	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

ACIDENTE GRAVE, INSTÁVEL, ENTUBADO, VM, DRENAGEM TORÁCICA À DIREITA COM DEBITO HEMÁTICO MÍNIMO, APRESENTOU PARADA CARDIO-RESPIRATORIA SENDO REALIZADA REANIMAÇÃO CARDÍACA, DE +/- 15', COM SUCESSO, EXAME ABDOMINAL: GLOBOSO, FLÁCIDO, TC ABD (SEM LAUDO): NÃO OBSERVADO LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE. SOLICITO: USG ABD(FAST) AVALIAÇÃO URGENTE DA CIRURGIA TORÁCICA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: FASE RÁPIDA)

EPINEFRINA 1MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

ROMERO DE GOIS ALVES

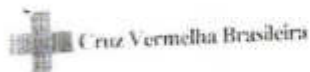
Dr. Fernando Ramalho
UNIMED - 033.002797
CRM 2797
Cirurgia Aparelho Digestivo
e Video Laparoscopia

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(: 2797/PB)

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 12/11/2017 17:40:19



12 JUN 2019



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROMERO DE GOIS ALVES	1041043	12/11/2017 17:38:43	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/03/1975	42	Masculino	(83) 988247514
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA DE GOIS ALVES			
Endereço	Bairro	Município	UF
DO MERCADO CENTRAL, SN	CENTRO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	6800/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/11/2017 17:38:43		12/11/2017 21:44:51	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
3			

Anamnese

EUROCIURGIA

TCE GRAVE

PUPILAS MIOTICAS FOTORREAGENTES

TOMOGRAFIA DE CRANIO E CERVICAL: NORMAL

CONDUTA: LABORATORIO; VAGA DE UTI; SUTURA DE COURO CABELUDO DA REGIAO OCCIPITAL REALIZADA;
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO TCE EM UTI.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 3000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 3000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 40,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 250ML), ADMINISTRAR 200,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

Diluir

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 12/11/2017 17:40:19

MIDAZOLAM 50MG/10ML INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), DILUIR 10,0 ML (OBSERVAÇÕES: EM BIC)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 250ML), ADMINISTRAR 180,0 ML VIA E.V, 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

NOREPINEFRINA 1MG/ML (AMPOLA 4ML) - ALTO RISCO, DILUIR 20,0 ML (OBSERVAÇÕES: EM BIC)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

AFERIR PA E FC

HGT 8/8HS

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

HEMOGRAMA

POTASSIO

SODIO - SORO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

Conduta

m observação

ROMERO DE GOIS ALVES

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)



MAPFRE

12 JUN 2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES				Prontuário
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HELTON VELOSO DE MOURA		Nº Cons. Regional 7113/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 21:10:41		Senha
Convênio SUS		Nº Matrícula		

Anamnese

#Reavaliação Cir. Geral#

Paciente TCE grave, entubado, sedado. Foi realizada Drenagem Torácica à direita devido a Hemotórax Direito. Presença de contusão abdominal em HCD e flanco direito. Ao exame, abdome semiglobo, porém flácido. TC Abdome ainda sem laudo, não demonstra líquido livre no abdome. Órgãos sólidos de aspecto habitual. CD: solicito FAST de controle

EXAME DE IMAGEM

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Helton Veloso
Cir. Geral - Urologia
CRM-PB 7113

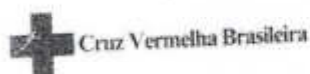
HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)

ROMERO DE GOIS ALVES



MAPFRE

12 JUN 2019



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES	BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988247514
Mãe MARIA DE GOIS ALVES		CNS	Prontuário
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN	Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional 6800/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 21:09:58	
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

NEUROCIRURGIA

TCE GRAVE (Sedado IOT/VM)
PUPILAS MIOTICAS FOTORREAGENTES

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E CERVICAL: NORMAL

CONDUTA: LABORATORIO; VAGA DE UTI; SUTURA DE COURO CABELUDO DA REGIAO OCCIPITAL REALIZADA;
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO TCE EM UTI.

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

HEMOGRAMA

POTASSIO

SODIO - SORO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

HAEMATOLOGIA COMPLETA

Conduta

Em observação

MAPFRE

12 JUN 2019

D. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(: 6800/PB)

ROMERO DE GOIS ALVES



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe MARIA DE GOIS ALVES			Prontuário	
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO		Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43			Data/Hora Prescrição 12/11/2017 17:51:35	
Convênio		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Paciente grave socorrido pelo SAMU.
Alcoolizado, vítima de colisão moto vs poste
Estava de caapcete porempereu com impacto
apresentava-se rebaixado glasgow 8, agitado
Nao conseguiu intubação na ambulancia
Abdome distendido com escoreiações
FCC extenso em couro cabeludo
Abdome distendido
FC 122
PA 120 x 60
realizado IOT na sala vermelha
cd: TC de crânio, torax
abdome
HB/HT
tipagem
reserva de sangue



12 JUN 2019

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME LABORATORIAL

HB + HT

DETERMINAÇÃO DO SISTEMA RH FATOR D

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM CONTRASTE)

SANGUE E DERIVADOS

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 600,0 ML

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

S06.9

Traumatismo intracraniano, não especificado

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Andrologia
CRM - PB 6700

Col. Juta

Em observação

ROMERO DE GOIS ALVES

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(: 6700/PB)

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Andrologia
CRM - PB 6700



 **MAPFRE**

12 JUN 2019

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		BAE 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988247514
Nome MARIA DE GOIS ALVES				Prontuário
Endereço DO MERCADO CENTRAL, SN		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR		Nº Cons. Regional 9189/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2017 17:38:43		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 19:04:46		
Convênio S		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE REALIZOU TC DE TORAX QUE EVIDENCIOU HEMOTORAX DIREITO. REALIZADO DRENAGEM TORÁCICA DIREITA SEM INTERCORRENCIA.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: ASSEPSIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS; ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2% NO 7 ESPAÇO INTERCOSTAL NA LINHA AXILAR MÉDIA; INCISÃO DE PELE; DISSECÇÃO DE TECIDO SUBCUTÂNEO ATÉ CAVIDADE RESPIRATÓRIA; INTRODUÇÃO DO TUBO DO DRENO TORACICO EM SELO DÁGUA; FIXAÇÃO DO TUBO COM FIO ALGODÃO 0.

CID10

Código	Descrição
S27.1	Hemotórax traumático

Conduta

Em observação

ROMERO DE GOIS ALVES


Paulo Marques
MR Cirurgia Geral
CRM/PB 9189PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR
(CRM: 9189/PB) **MAPFRE**
12 JUN 2019

12/11/17
21:50h

UTI MÓVEL

Solicitado UTI móvel para realização de USG FAST do ypc Remir de Goro Alvaro,
paciente com instabilidade de triângulo. Instável hemodinamicamente,
PA=73x40mmHg, FC=150bpm, SpO₂ com difusão.

Equipe realiza RCP via 20mm, realizado 4x ciclos de RCP.

#CD- Solicito estabilização do quadro clínico p/ ultram p/ triângulo.

 CRM-PB 10245.

 **MAPFRE**

12 JUN 2019

Data: 12/11/17 22:
Usuário: FERNANDO

Boltem 1041043



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome ROMERO DE GOIS ALVES		Data de Nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo MASCULINO	Nº 1041043	Nº Prontuário	Data Prescrição 12/11/2017 22:00:46
Motivo do Atendimento		Enfermagem / Leito		Validade da Prescrição 12/11/2017 22:00:00 - 13/11/2017 22:00:00			
Convênio SUS		Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000.0	ML	Observação: FASE RÁPIDA	E.V.		CONTINUA	X - 2º - 3º - 4º
2 EPINEFRINA 1MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA) - ALTO RISCO	2.0	ML		E.V.		AGORA	ACM

FERNANDO RAMALHO DINIZ
CRM: 2797

12 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo de Profissional

Fernando Ramalho
CRM: 033.002797
Cirurgião do Aparelho Digestivo e Vídeo Laparoscópico


12 JUN 2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 12/11/17 21:44
Usuário: GUSTAVO
Boletim: 1041043
12/11/2017 21:44:51

Nome	ROMERO DE GOIS ALVES	Data de Nascimento	02/03/1975	Idade	42	Sexo	MASCULINO	Nº	1041043	Nº Prontuário		Data Prescrição	12/11/2017 21:44:51
Motivo do Afastamento				Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição					
Convenio	SUS			Matrícula				12/11/2017 21:44:00 - 13/11/2017 21:44:00					
								Bença					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA <i>Suficiente</i>	0.0			ORAL			<i>Atenção</i>
2 DIETA ZERO	0.0			NENHUMA			
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	3000.0	ML		E.V.		24H	<i>1º 3:35º</i>
4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML) <i>Suficiente</i>	3000.0	ML		E.V.		24H	<i>2º 4º 6º</i>
5 OMEPRAZOL	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	05
Diluir em: AGUA DESTILADA	40.0	ML		E.V.		8/8H	<i>23 05 11 17</i>
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		8/8H	<i>01 09 14</i>
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		8/8H	<i>01 09 14</i>
7 ONDANSETRONA	2.0	ML		E.V.		8/8H	<i>01 09 14</i>
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		8/8H	<i>01 09 14</i>
8 MIDAZOLAM 50MG/10ML INJETÁVEL (AMPOLA 10ML)	10.0	ML		E.V.		24H	<i>I ()</i>
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 250ML)	200.0	ML	<i>+ Fentani 02 ampolas.</i>	E.V.		24H	<i>I ()</i>
9 NOREPINEFRINA	20.0	ML		E.V.		1X AO DIA	<i>I (22:25)</i>
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 250ML)	180.0	ML		E.V.		1X AO DIA	<i>I (22:25)</i>
10 CABECEIRA ELEVADA A 30º	0.0						<i>Atenção</i>
11 AFERIR PA E FC	1.0						<i>01 09 14</i>
12 HGT B/H/S	0.0						<i>01 09 14</i>

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
CRM: 6800

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

Assinatura e Carimbo do Profissional

12 de Novembro de 2017

Data: 12/11/17 17:5

Usuário: RAFAEL DE

Boletim 1041043



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome ROMERO DE GOIS ALVES		Data de Nascimento 02/03/1975	Idade 42	Sexo MASCULINO	Nº 1041043	Nº Prontuário	Data Prescrição 12/11/2017 17:51:35
Motivo do Atendimento		Enfermagem / Leito			Validade da Prescrição 12/11/2017 17:51:00 - 13/11/2017 17:51:00		
Convênio SUS		Matrícula			Senha		
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

debito / drenos torax → 300ml (2h30')

12 de Novembro de 2017

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
CRM: 6700

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia e Andrologia
CRM - PE 6700


12 JUN 2019

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 6121221 - Tel.:Impresso por: RENATA
CASSANDRA CAVALCANTI
DE OLIVEIRA

Em: 13/11/2017 02:07:04

Paciente ROMERO DE GOIS ALVES		Boletim de Atendimento 1041043	Data/Hora Entrada 12/11/2017 17:38:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/03/1975	Idade	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 105379
Tempo de internação		Convênio SUS		Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (RENATA CASSANDRA CAVALCANTI DE OLIVEIRA - 13/11/2017 02:06:50)**INTERCORRÊNCIAS**

DIURNAS / NOTURNAS:

Paciente internado pela cir. tórax, c HD: hemotórax; apresentou PCR, tentada RCP, s êxito; indo a óbito em seguida. Feito encaminhamento p IML; ent ao serv social.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: 0003

Profissional responsável pela informação: RENATA CASSANDRA CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Número Conselho: 79462


Dr. Renata C. Cavalcanti
Enfermeira
CRM 105379



FICHA DE AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DATA: 12/01/17

ADMISSÃO ☒ MANHÃ() TARDE ☒ NOITE()

NOME: Romero de Góis

LEITO: _____ IDADE: _____

DIAG./HD: TCE

ESTADO GERAL: BOM() REGULAR() GRAVE ☒ GRAVÍSSIMO()

N.C: ACORDADO() ORIENTADO() DESORIENTADO() TORPOROSO() SONOLENTO() AGITADO()

NÃO CONTACTANTE() SEDADO/RAMSAY ☒ COMATOZO/GLASGOW()

PERMANÊNCIA: () _____ DIA(S) X04 DIA(S) DE TOT () _____ DIA(S) DE TQT

SUORTE VENTILATÓRIO: VMI ☒ VNI() VENTURI() _____ % CAT O2() _____ LPM AR AMBIENTE()

OBS: _____

DRIVE RESP.: AUSENTE() REGULAR() IRREGULAR ☒

E ☒ ORAX.: NORMAL ☒ DIMINUIDA() SIMÉTRICA ☒ ASSIMÉTRICA()

IMO RESP.: EUPNEICO() DISPNEICO() BRADPNÉICO() TAQUIPNÉICO() PATOLÓGICO()

AP: MV em APX SIRA

SECREÇÃO: SIM() NÃO() ASPECTO: _____ QUANTIDADE _____

AVM: MODO Pv FIO2 100% PEEP 7 FR 16 PL 27 PS _____ SENS -2 T.I 10
I.E _____ VT MEDIO _____ VC _____ P. CUFF _____

ALTERAÇÕES: _____

SSVV: SpO2 _____ % PA _____ X _____ mmhg FC _____ bpm FR 20 irpm T _____ °C

CONDUTAS: FR: THB ☒ ASPIRAÇÃO ☒ CPAP/BIPAP() TEP ativa() TEP/MRA() VPPI() AVM() TRE() INALOTERAPIA()
REPOSICIONAMENTO DO TOT() MONITORIZAÇÃO RESPIRATORIA ☒ DESMAME() OXIGENOTERAPIA() AJUSTE DA
P.CUFF() AUXILIO IOT ☒ ASSIST. NA PCR() ASSIST. NO TRANSPORTE() PVD() INSPIRAÇÃO EM TEMPOS()

FN ☒ CINESIO. PASSIVA() CINESIO. ATIVO ASSISTIDO() CINESIO. ATIVA() CINESIO. RESISTIDA() EXERCÍCIOS
METABÓLICOS() POSICIONAMENTO FUNCIONAL ☒ BIPEDESTAÇÃO() SEDESTAÇÃO NO LEITO() ELEVÇÃO DA
C. CEIRA() TREINO DE MARCHA() ALONGAMENTOS() ORIENTAÇÕES()

CONDUTAS/OBS: _____

MAPFRE

12 JUN 2019

ASS/CREFITO: Alfonso Marinho
104364-R



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Toureiro & Filipe Alves Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Carlos Magalhães França 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hernia Umbilical</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tonectomia e obertura</u>	

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



Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PA 3792
003 003792

João Pessoa, _____

12/11/2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83)
3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE ROMERO DE GOIS ALVES		IDADE 42a 8m 11d	DATA DE NASCIMENTO 02/03/1975
PROFISSIONAL GUSTAVO CARLAXO PATRIOTA		NÚMERO DO CONSELHO 6800/PB	
UNIDADE AREA VERMELHA		DATA DO PEDIDO 12/11/2017 21:44:30	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM SALA DE ESTABILIZAÇÃO	CONVÊNIO	PROTOCOLO 253554	BE 1041043

HEMOGRAMA - QUANTIDADE: 1

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
SERIE VERMELHA		
ERITROCITOS	3.34 /mm3	Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm3 /mm3
HEMOGLOBINA	10.3 %	13.5 - 18.0 g% %
HEMATOCRITO	32.7 %	40 - 54 % %
V.C.M.	98 u3	80 - 98 u3 u3
H.C.M.	31	25 - 35 pg
C.H.C.M.	31	31 - 36 %
R.D.W.	14.6	11.5 a 14.5 %
SERIE BRANCA		
LEUCOCITOS TOTAIS	26900 /mm3	Maiores de 13 anos 4.500 a 10.000 /mm3
BASTONETES	05 /mm3 1.345	0 a 5 - 0 a 500
SEGMENTADOS	66 /mm3 17.754	43 a 67 - 1.935 a 6.700
EOSINOFILOS	0 /mm3 0	1 a 4 - 45 a 400
LINFOCITOS TIPOICOS	25 /mm3 6.725	20 a 35 - 900 a 3.500
MONOCITOS	04 /mm3 1.076	2 a 8 - 90 a 800
CONTAGEM DE PLAQUETAS	258.000 /mm3	150.000 a 450.000 mm3 /mm3
(MÉTODO:)		

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.


NÚMERO DE REGISTRO: 10.100
CRM - 5575

 **MAPFRE**

12 JUN 2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR): Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IMIL	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IMIL).
----	---	--



MORTE

23a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTESMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente EDNAYARA LUIZA FAUSTINO MARTINS	
Tipo de Sinistro Morte		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOU		Nome da Vítima ROMERO DE GOIS ALVES	CPF da Vítima 92943209449
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☒ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Inválidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doc tos. Entregues e Observações Formulário de Pedido Dpvat;	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos Para Morte:

- Certidão de Óbito (**Cópia autenticada**)
- Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (**Cópia autenticada**)
- Certidão de Casamento Atualizada (**Cópia autenticada**)
- Autorização de Pagamento
- Prova de Companheirismo junto ao INSS
- Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- Prova de Dependência na CTPS
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Declaração de Únicos Herdeiros
- Certidão de Nascimento
- Certidão de Óbito dos Genitores (**Cópia autenticada**)
- Alvará Judicial

Nome Completo / RG

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190383103

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Prova de companheirismo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Certidão de casamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383103

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190383103 Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do Acidente: 12/11/2017 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está com informações diferentes dos documentos apresentados, como por exemplo da certidão de óbito.
Prova de companheirismo	Apresentar a prova de reconhecimento da união estável junto ao INSS ou por decisão judicial da (o) suposta (o) companheira (o) com a vítima para comprovar a condição de herdeiro legal.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 14772297



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190383103 Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do Acidente: 12/11/2017 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está com informações diferentes dos documentos apresentados, como por exemplo da certidão de óbito.
Prova de companheirismo	Apresentar a prova de reconhecimento da união estável junto ao INSS ou por decisão judicial da (o) suposta (o) companheira (o) com a vítima para comprovar a condição de herdeiro legal.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 14969878



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383103

Vítima: ROMERO DE GOIS ALVES

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA

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 interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você