



Número: **0809463-38.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVA GUIMARAES (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32480 105	20/07/2020 14:08	<u>2735552_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos

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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595089 **Vítima: GEOVA GUIMARAES**

Data do Acidente: 26/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEOVA GUIMARAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000490631-0

Tipo: CONTA POUPANÇA



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094467/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

CPF: 033.191.864-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

GEOVA GUIMARAES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geová Gammazos
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2018 CPF DA VÍTIMA 033 191 864 18

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geová Gammazos

QUALIFICAÇÃO DO PORADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Geová Gammazos

ENDERECO DO PORADOR Rua Adelbert Gomes de Souza
 N° 161 COMPLEMENTO Bairro Centro
 CIDADE Morretes/SC UF SC CEP 88120-000
 E-MAIL _____ TELFONE (43) 33341189

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/10/2019
 IDENTIDADE 2934197
 ASSINATURA Geová Gammazos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/10/2019
 NOME CORRETORA DE RISCOS
 ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
 Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TURRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pie.tich.ifs.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView?seam2=y-20072014082586500000031113991>

Número do documento: 2007201408258650000031113991

Num. 32480105 Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 5



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1781609 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/11/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES CEP: 58120000 Nascimento: 08/11/1980

Endereço: ADEVAL GOMES

Cidade: Massaranduba Sexo: M Telefone:

Idade: 038 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES RG: Nº: 173

Responsável: CPF: 033.191.864 Profissão:

Estado Civil: Divorciado(a) Data de CNS: 707805632632614

Atend: 26/11/2018 CONVÉNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 15:18:42

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisísmas subcutâneos
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contusão
16. F. Contuso-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contusante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paréisia
32. Paresthesia
33. Quimiotaxia
34. Rhinorrágia
35. Sinal das queimaduras
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Área lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

0 100 0 100 0 100

HTCG-Painel Administrativo

EXAMS-PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vento. N. T. a. D. em Tomotaxia

S. S. S. S.

ALERGIA:

Medicamentos:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow PA HGT SatO2

CONTAZ. INTENSO HIST. TAI

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / as, Dia / /

Especialista: / as, Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		REALIZADO EM: 26/11/18
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento *S 400*

Nome: <i>Geovana Gonçalves</i>	Bairro: <i>Centro/Maneiro</i>
End: <i>Admiral Góes 423</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>08/11/80</i>	Data do Atend.: <i>06/11/18</i> Hora: <i>15:10</i> Documento:
Queixa: <i>doit masto</i>	
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: <i>110/90</i>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: <i>116</i>	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110



Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: George Guimaraes

Data: 26/07/2014

Alojamento:

Leito:

Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	500 mg 1000 mg	9h	
2	Cetirizina 10 mg	17h	
3	Ondansetron 0,5 mg IV 100 ml 0,9% 60/10		
4	Tiotil 400 + 100 IV 00x1000 20		
5	Acetaminofen 500 mg 1000 mg 800 mg 1000 mg		
6	Tiotil 1000 mg 1000 mg 1000 mg 1000 mg		
7	Ondansetron 0,5 mg 100 ml 0,9% 60/10		
8	SSVU + CCG 6	10	



FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
Puma (S)



Data da Internação: 26/11/2018 Hora: 15:52:39

SUS Sistema Único do da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE GEOVA GUIMARAES			6 - N° DO FRONTIÁRIO 1781641	
7 - CÓDIGO DO SUS 707805632632614		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/1980	9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES			11 - TELEFONE DE CONMUNICACAO 8380016285320999	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) ADEVÁL GOMES , 173 , CENTRO			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250920	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Massaranduba			15 - UF PB	16 - CEP 58120000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Do + de 3 dias, febre +</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Exame +</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>✓</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>YAT - Síndrome tóxica</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>C10</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fistulização</i>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>C10</i>				
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO CNS	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE OTAVIO FERREIRA JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/11/2018	32 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - I) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - II) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - III) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHÉTE
			38 - SÉRIE	
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO CNS	47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 12345678901234567890			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 26/11/2018	49 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Geova, Guimaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO T

UN

24/12/2018 0

Page: 1 of 1

cm)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 11



Prontuário
946077



Atendimento
2321411



Reserva/Guia

0
Data 10/12/2018 Hora 19:33
Telefone R.G. 83981008003-2434143
Código CNS 707805632632614

Paciente
GEOVA GUIMARAES [CPF: 3319186418]

Sexo Est. Civil

Dt Nasc.

08/11/1980

M

3

0

9

3

3

3

3

Num. Complemento

53

Cidade

MASSARANDUBA

UF

PB

Endereço
ADERBAL GOMES
Bairro
CENTRO
Nome da Mãe
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

Endereço

RUA

Cidade

MASSARANDUBA

COMISSÃO DE ARQUIVO

Num.

Drª Marluce

53

Dr. Italo Cesar

CRM 55120000

Dr. Luciano Holanda

CRM 45823562434

Cid

Dra. Stanácia

CRM 45823562434

Responsável
GEOVA GUIMARAES
Bairro
CENTRO
Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Procedimento

Médico Acompanhante

305

RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]

Cid

Andressa

Origem

DATA

SUS

Atendente

MARCELA COELHO SANTOS NASCIMENTO

Setor
3000 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data min. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA COELHO SANTOS NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante...? [] Sim [<input checked="" type="checkbox"/>] Não	Data admissão 10/12/2018	Data alta 11/12/18
Internação anterior..? [] Sim [] Não	Hora admissão :	Hora alta 08:00
Alta... : Curado...: [] Melhorado...: [<input checked="" type="checkbox"/>]	Inalterado...: []	Clinica.. :Médica...: []
Piorado...: [] A pedido...: []	Indisciplina...: []	Cirúrgica...: []
Transferido...: [] Falecimento...: []	Evasão...: []	Obstétrica..: []

Diagnóstico:

Internação: _____

Cid

Definitivo... : PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Histórico: NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

OBESSE/PROTESE

Alta - 1

Perm - 2

Raio X:

Transf - 3

[] Simples

Óbito - 4

[] C/Contraste

Motivo

Uti

Entrada _____ / _____ / _____

Salida _____ / _____ / _____

Sangue..: [] Rh..: []

Caract. Trat. []

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO
EM 10/12/2018





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOVA: *Geová Gumarães*
A.A: *J Gaudêncio*LEITO: *JOY*CONVÉNIO: *SUS*DATA: *10/12/18*

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

10/12/18 *Acetaminofen 500* *18:00*

S. Phenox 1000 *18*

S. flum 100 *102*

Cefotiofur f 10616 *18* *24* *06*

Ortum 10616 *18* *24* *06*

Wifox 10616 *22*

e-cred

PACIENTE
Nº 10616
CIVICO
ATENDIDO PELO SUS
Nº 10616
TARGINO
SERVIÇOS
DESES
AO SUS
FORAM
COPADAS
AO SUS



EVOLUÇÃO MÉDICA

*Pamei com d.fra
frouxo, branco pure
d.fra. amar*

ACIEN
Nº 10616
ATENDIDO PELO SUS
TARGINO
SERVIÇOS
DESES
AO SUS
FORAM
COPADAS
AO SUS





PRESCRIÇÃO MÉDICA

1628

01-9

LEITO

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁBIO

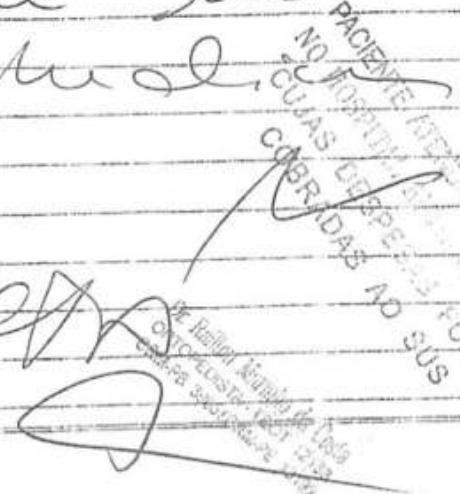
11/18 Tues 6:00
S. River 1000
down to river 10616
Upper 10616
W. River 10
Dec 14

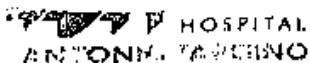
~~curatilis~~ ¹⁹⁸⁸ folio 89

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Reyna





PACIENTE:	<u>Elaine Oliveira</u>	Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO:	<u>10/12/18</u>	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	<u>Wells</u>	AUXILIAR:	
1º AUXILIAR:	<u>Wanda</u>	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:	<u>Paulo</u>	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA:	<u>Paulo</u>	TIPO DE ANESTESIA:	<u>GA</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	<u>fibro fibro D</u>		
TIPO DE OPERAÇÃO:	<u>fibro fibro D</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	<u>fibro fibro D</u>		
RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:	<u>menino pelo Dr. NO HOSPITAL AUTUNO PAULINO</u>		
EXAME RÁDIO: OG CO NO ATO:	<u>CLÍNICA COBRADAS 10 SUS</u>		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	<u>FORAM SUSPENSAS</u>		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES



PACIENTE: 3004h (Grau 3)CONVÊNIO: SUSSUS PRONTUÁRIO: 206077/232.1431 DATA: 10.12.2018CIRURGIA: TC de Reverso Cervical com Fixação TécnicaCIRURGIÃO: Dr. Pinto

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. PintoCIRCULANTE: Sávio

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROFINA	
265799	BEXTRA	
1802	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	02
122789	CEFAZOLINA 1g	02
1787	CEFTRIAXONA	
154698	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	
4855	DICLOFENAC SÓDICO	
2020	DIPRORINA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	05
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
6885	DIEMPAK 10mg	
3026	DIMORF 1,0mg	
3034	DIMORF 0,2mg	02
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
6889	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70543	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1998	NEOCAINA PESADA	02
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

SALA:	07	HORÁRIO: INÍCIO:	16:00:	FINAL:	16:45
COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01	ACIFLEX N°		
110089	AG. RAQUI 27BD		ALGODÃO C/ A N°		
120089	AG. RAQUI 25BD		ALGODÃO S/ A N°		
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD		CROMADO C/ A N°	30.	01
1712	AGULHA DESCARTÁVEL N°		CROMADO S/ A N°		
	AGULHA PERIDURAL N°		ETHIBOND N°		
	AGULHA RAQUI N°		FITA CARDIACA		
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	02	MONOCRYL N°		
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02	MONONYLON N°	04	
	ATADURA CREPON N°	25	PROLENE N°		
	ATADURA GESSADA		VICRYL N°		
2356	BOLSA COLOSTOMIA		COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°		2330	ÁGUA OXIGENADA	
211956	CAPA PARA VÍDEO		149217	ÁLCOL	
2426	CATETER OXIGÉNIO	02	304000	CLOREXIDINA	30ml
27880	COLETOR URINA ABERTO		2631	ÉTER	
22389	COLETOR URINA FECHADO		3603	PVP DEGERMANTE	
	COMPRESSAS		3611	PVP TÓPICO	
142341	COMPRESSAS 25X28	02	4111	VASELINA	
	DRENO PENROSE N°		COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	DRENO SUCÇÃO N°		APARELHOS		
	DRENO TÓRAX N°		AR COMPRIMIDO		
59587	ELETRODO	05	BISTURI ELÉTRICO		
2585	EQUIPO MACROGOTAS	02	CAPDGRAFO		
267393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA		CRANIOTOMO		
2615	ESPARADRAPO	50cm	INTENSIFICADOR	45ml	
20117	FITA GLICEMIA		MICROSCÓPICO CIRUR.		
142220	GAZES 7,5X7,5	04	MONITOR CARDÍACO	45ml	
	GAZES		NITROGÊNIO		
3425	GELFOAM		OXÍDO NITROSO		
60917	GILETE		OXIGÉNIO	2 litros	
	GUÉNDEL N°		OXÍMETRO DE PULSON	10ml	
3468	INTRA-OATH		VÁCUO		
	JEVCO N° 28	01	COD.	SOROS	QUANT.
	LÂMINA BISTURI N° 23	02	9156	MANITOL 20%	
132709	LUVAS 6,5		174459	PURISOLE 1000ml	
111209	LUVAS 7,0	02	63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
40126	LUVAS 7,5	03	98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
3522	LUVAS 8,0		9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
149870	LUVAS 8,5		9164	S. FISIOLÓGICO 50ml	
69752	MICROPORE LARGO		9180	S. GLICOSADO 250ml	
	SCALPS N°		9199	S. GLICOSADO 500ml	
3736	SERINGA DE 01cc		9148	S. RINGER 500ml	
3700	SERINGA DE 03cc		134489	VOLUME 6%	
3719	SERINGA DE 05cc		COD.	OUTROS	QUANT.
3689	SERINGA DE 10cc				
3697	SERINGA DE 20cc				
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
	SONDA FOLEY N°				
	SONDA NELATEN				
	SONDARNSQ				
	SONDA RETAL				
53937	SURGICAL				
4081	TORKEIRO 03 VIAS				
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°				

Selo de Oferenda Aves
TCE-DE-CELESTINA
Data: 10/07/2018

RIFLESET: 8885045001/988070347

BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: <i>Geova Guimaraes</i>		CONVÉNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>38</i>	APTO: _____	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CIRURGIA							
NÚMERO DA CARTEIRA: _____		INÍCIO: <i>16:00</i>		INÍCIO: <i>16:00</i>		<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA						
GUIA DE INTERNAÇÃO: _____		TERMINIO: <i>16:45</i>		TERMINIO: <i>16:45</i>		<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> ESTADO FÍSICO (ASA)						
SENHA: _____		HORÁRIO ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HORÁRIO ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>			
DATA DE NASCIMENTO: <i>08/11/1980</i>						DATA: <i>30/11/18</i>							
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura de Tornozelo D.</i>													
1 ^o Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) <i>Dr. Ruyto Marinho</i>				2 ^o Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) <i>Dra. Letícia Lazzarini</i>									
Equipe Anestesiológica <i>Flávio + Valéria</i>				Instrumentador(a)									
Procedimentos Realizados: _____													
Redesenho ecológico com fixação													
NO HOSPITAL ANTONIO VARGAS DESSESAS FORAM													
COBRADAS AO SUS													
RECENTE ATENDIDO PELO SUS													
16:00													
Horário →													
AGENTES	OXIGÉNIO N ₂ O/AR											Códigos	
LÍQUIDOS VENOSOS	SULFATAS SOL. DE RINGER CONC. HEMATÍCIA												
MONITORES	ECG SpO ₂ ETCO ₂ DIURESE												
TOMOGRAFIA Temp →													
LOCAL: _____													
Pulso	PA	V	A	180									
PA	T	150											
TEM	120												
PVC	90												
Inicio Anest.	X												
Inicio Cirur.	O												
Término Cirur.	X												
RESP	ESP												
O	ASS CONT.												
INTERCORRENTIA													
ANESTÉSICA		INDUÇÃO		INTUBAÇÃO TUBO N°		ANESTESIA REGIONAL		ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO		EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
<input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Venosa 		<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> C/Balão <input type="checkbox"/> S/Balão		<input type="checkbox"/> Peridural <input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="checkbox"/> Epidural Sacra <input type="checkbox"/> N. Periférico		<input type="checkbox"/> P Braq/Cervical <input type="checkbox"/> Supraclavicular <input type="checkbox"/> Interescapélico <input type="checkbox"/> Axilar		<input checked="" type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Sentada 		<input type="checkbox"/> Paramediana <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> ECO <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	
<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO <input type="checkbox"/> Inalatória												<input type="checkbox"/> Barba <input checked="" type="checkbox"/> Bix <input checked="" type="checkbox"/> Pa invasiva	





LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL= FRAUTURA BIMAL TÓCLAR DT. FORTNOZELLO
CONTROLE= FRAUTURA BIMAL TÓCLAR DT. FORTNOZELLO COM OS PTOSSISTAS
INICIALE ATENDIDO PE-
CENTE ANTONIO TAN
NO HOSPITAL SUS
NOUS DESPESAS AO SUS
CUIAS COBRADAS AO SUS
SOME COBRADAS AO SUS

DATA 10 / 12 / 18



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:	Coimbra	Carvalho	IDADE:
AL: 1	LEITO:	MÉDICO:	

DATA: 10/12/18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente segue montando Grandes
estertos consciente, orientado, está
sem anomalias óbvias. segue

Jucara Andrade da Oliveira
Técnico de Enfermagem
COPEN- 109726 PB

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

NOITE Paciente segue entorpecido calmo PDI
de Hope, agudizada diurna presente, episódios
ssuu segue oco, círculos Grandes.

Raquel Neris
Téc. de Enfermagem
COPEN







DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 26/11/2018	HORA: 14:15 HRS	ID Nº: 1739943
NOME: GEOVA GUIMARÃES		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO		
COMPLEMENTO: EM FREnte AO POSTO IPIRANGA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.



Deocletio P Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



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: 0094467/19	CPF da vítima: 033.191.864-18	Nome completo da vítima: Geova Guimaraes	
Nome completo: Geova Guimaraes	Profissão: Autônomo	Endereço: Rua Adelino Gomes de Siqueira	CPF: 03319186418
Bairro: Centro	Cidade: Mororónduba	Número: 127	Complemento: lB
E-mail: moew_bruno_999@gmail.com		Estado: PB	CEP: 58120-000
			Tel.(DDD): 83 33341288

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **490631** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **Campina Grande - PB 20/03/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA N° 000735/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

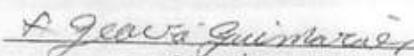
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na Integra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Médio Completo, portador da Cédula de Identidade N° 2434143, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 03319186418, residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

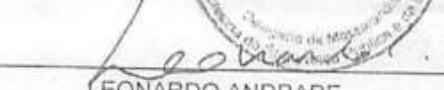
O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antônio em Campina Grande, QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca Honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019




GEOVÁ GUIMARAES

Declarante


LEONARDO ANDRADE

Escrivão



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 23

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: 0094467/19	CPF da vítima: 033.191.864-18	Nome completo da vítima: Geova Guimaraes	
Nome completo: Geova Guimaraes	Profissão: Autônomo	Endereço: Rua Adelino Gomes de Siqueira	CPF: 03319186418
Bairro: Centro	Cidade: Morretes/PR	Número: 127	Complemento: Morretes/PR
E-mail: moew_bruno_999@gmail.com		Estado: PR	CEP: 58120-000
			Tel.(DDD): 83 33341288

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **490631** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **Campos Gerais - PR 20/03/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000490631-0

Nr. da Autenticação EC2C4F51520C988D



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366509/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

Data do acidente: 26/11/2018

CPF: 033.191.864-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/10/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

GEOVA GUIMARAES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 26

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595089 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVA GUIMARAES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 11) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



http://10...

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1781609

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/11/2018

Boleilim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES CEP:58120000

Nascimento:08/11/1980 Endereço:ADEVAL GOMES

Sexo:M Telefone:

Cidade: Massaranduba

Idade:038 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA

GUIMARAES RG: N°:173

CPF: 033.191.864 Profissão:

Responsável:

Estado Civil:Divorciado(a)

Data de Atend:26/11/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 15:18:42 CONVÉNIO:SUS

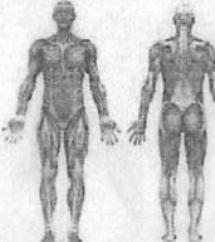
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fachada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Lacerção |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento teráxico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12.F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13.F. Arma de fogo | 31. Parésia |
| 14.F. Cerrito | 32. Parestesia |
| 15.F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16.F. Corte-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17.F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18.F. Perfuro-contante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Exanterior: _____ Ilesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

TT. Da _____

HTCG-Painel Administrativo

EXAME-PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Introdutorio

Vento *N.º* *de* *dia*

do *Tomotico* *de* *dia*

Sedas

Int. final

do *Tomotico* *de* *dia*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

5400

Nome:	Geórgia Góimoraz	Bairro:	Centro / Manaíra
End:	Admiral Gómez 173	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	08/11/80	Data do Atend.:	26/11/18 Hora: 15:10 Documento:
Queixa:	dores	Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: 140/90	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: 116	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Foto (italp) CN: 1415
Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: EDUARDO GUIMARÃES

ՀԱՅ ԵՐ

D 9

to

Convénient

102

17

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	Cetina 100 mg	grua	t
2	Oxazepam 10 mg	in	26/12/14
3	Lisurid 100 mcg	in	100 mg
4	Vancitramol 0,500	in	100 mg
5	Tram 100 mg	in	100 mg
6	Oxazepam 100 mg	in	100 mg
7	Cetamina 100 mg	in	100 mg
8	SSN + CCE 6	in	100 mg



DIAGNÓSTICO
fx. Puma (S)

FOURTH TREATISE ON POLYGRAPHY

Paciente	George Guirre	Alojamiento:	T-3	Leito	Convenio
		Habitación			Endereço Médico

四

Prescripción Médica

100

366 *environ*

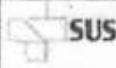
Cochlear Microphone

11

1. Dista	1/2
2. Sustained release FES/AM - Tidies	1/2
3. Diprone 0.2ML + AD EV 8/8h SN	1/2 (5/5?)
4. Tram 25mg + AD EV 12/12h	1/2
5. Omeprazol 40mg EV/8h/8h	1/2
6. Tramal 100mg + 100mg SF 0.9% EV 8/8h SN	1/2
7. Meperidien 0.05 FA + AD EV 8/8h SN	1/2
8. Cetane 40mg SE/dia	1/2
9. SSM + GS55	1/2
10. Diclofenac 75mg VO 6/6h	1/2



Data da internação: 26/11/2018 Hora: 15:52:39

 Sistema Único do SUS	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE GEOVA GUIMARAES			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1781641	
7 - CARTÃO DO SUS 707805632632614		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/1980	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES			11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) ADEVAL GOMES , 173 , CENTRO			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Massaranduba	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250920
15 - UF PB		16 - CEP 58120000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Do + de 2 dias, febre + desidratação, alterada</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Procurar + clínica</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>✓</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FAT - Doença Típica		21 - CID 10 PRINCIPAL FAT	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intervenção hospitalar		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Cirurgia		
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE OTAVIO FERREIRA JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/11/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Geova, Guimaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
N

HOSPITAL ANTONIO T
UN

24/12/2018 0

Page: 1 of 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 33



Prontuário
946077



Atendimento
2321411



Reserva/Guia

0*
Data 10/12/2018 Hora 13:33

Telefone R.G.

Código CNS

0898108203 2434143

707805632632614

3

Profissão

53

Sexo Est. Civil

M

Dt Nasc.

08/11/1980

53

Num. Complemento

53

Cidade

MASSARANDUBA

UF

PB

Nome da Mãe

MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

Responsável

GEOVA GUIMARAES

Bairro

CENTRO

Médico Atendente

2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 39685] [CPF: 45623562434]

Procedimento

Setor

3009 SECRETARIA SUS

Convênio

50 SUS

Acomodação

POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data mÍn. para alta - 10/12/2018 Data mÁx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA CRISTINA DE SANTANA NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não

Data admissão 10/12/2018

Data alta 11/12/18

Internação anterior..? [] Sim [] Não

Hora admissão :

Hora alta 08:00

Alta.... : Curado.....: [] Melhorado.....: [X]

Inalterado.....: [] Indisciplina.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: []

Evasão.....: []

Transferido...: [] Falecimento...: []

Clinica.. :Médica.....: []

Cirúrgica....: []

Obstétrica...: []

Cid

Diagnóstico:

Internação. :

Definitivo... : PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

ORTESE/PROTESE

Carimbo e Assinatura do Médico

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Motivo

Raio X:

[X] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada ____ / ____ / ____

Salida ____ / ____ / ____

Caract. Trat. []

[] Sangue.. : [] Rh.. : [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO

EM 10/12/2018





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: George Guimardes
A/A: J Gaudentius LEIPO: 10

AN: 3 Gaudenzi LEITO: 10

LETO: 1970

CONVENIO: 303

www.english-test.net

DATA:

J0J2 J8

MEDICAMENTOS

WORD

11/28 Green beans 9/15 15.00

S. Pinchbeck 1000

effluvium

Geophotograph 100616

81 Power (1975) 100-105 ATENOR
CL 1975-100-105

70 544
543 544

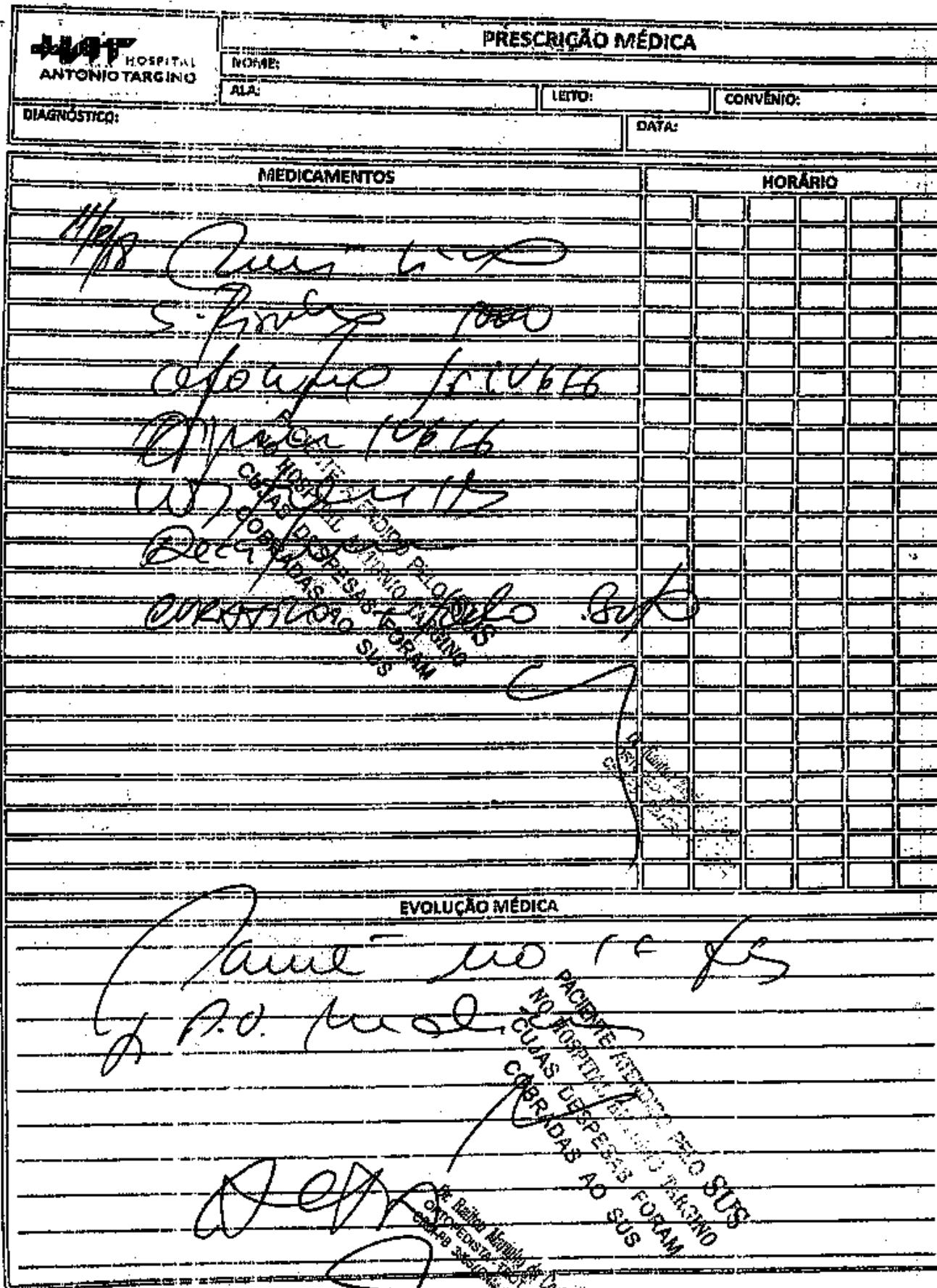
EDUCACIÓN MÉDICA

Evolução médica
Acme - com - daf -

foi festejo, fez aniversário, (não much) para
ACEPTEU ATENDIDO PELO ST.
HOSPITAL ANTÓNIO V^{ASCONCELOS}
LUGAS DESPESAS CORRADAS

7) PACIENTE FICOU
NO HOSPITAL, ANTONIO TAKAGI
E UMA DESPRESIS FORAM
CORRIDAS AO SUS
SUSPENSO 24 HORAS
ELE FICOU 10 HORAS
NO HOSPITAL, VISTO QUE
NADA MELHOROU.





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Carolina Guimarães IDADE:
AUX: LETO: MÉDICO:

DATA: 12/12/18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente segue mantendo quadro
extremamente consciente, orientado, está
sem anomalias. segue
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

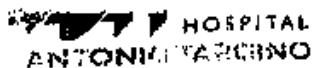
Jucara Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
SCAREN 709726 PB

NOITE

Paciente segue estabilizado calmo PDI
de HOPE, quadro clínico clínico
SSUU segue observando quadros
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Raquel Neris
Téc. de Enfermagem
SCAREN 709726 PB





PACIENTE:	<u>Genaro Gomes</u>		
Nº DO PRONTO-UNIFORME:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	10/12/18	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	<u>Wilton</u>		
1º AUXILIAR:	<u>Wilton</u>		
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:			
ANESTESISTA:	<u>Genaro</u>		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:	<u>fibr. auricular</u>		
TIPO DE OPERAÇÃO:	<u>terço cff 1</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	<u>fibr. auricular</u>		
RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:	<u>NO HOSPITAL AUTOMÓVEL PREGO</u>		
EXAME RÁDIO: OG E/CD NO ATO:	<u>COBRADAS AO SUS</u>		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	<u>ACIDENTE ATENDIDO PELO BLOCO</u>		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: 11 CALE TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM SUTURA-MATEM/NEGADO-ASPECTO - VICERAS

Acúmulo de creme
fundo de saco
dolor de triz
fim de for
medicamento
serviço de hospital
caminhos
Ciente vendido pelo SUS
no hospital ANTÔNIO TALCINHO
despesas foram
cobradas ao SUS



PACIENTE: *Bráulio Gómez Kres*

CONVÉNIO: SUS

SUS

PRONTUÁRIO: 2060277/232.1421

DATA: 10/12/2018

CIRURGIA: *TC vs Reverso Cervical com Fixação Técnica*

CIRURGÃO: *Dra. Fátila*

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: *Dra. Priscila*

CIRCULANTE: *Sávio*

SALA: 07

HORÁRIO: INÍCIO: 16:00

FINAL: 16:45

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.
1872	ADRENALINA		107329	ADAPTADOR PI SORO	01		ACIFLEX N°	
1880	ÁGUA DESTILADA		110089	AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO C/A N°	
1899	AMINOFILINA		120089	AG. RAQUI 25BD			ALGODÃO S/A N°	
1929	ARAMIN		161281	AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO C/A N°	
2070	ATROPINA		1782	AGULHA DESCARTÁVEL N°			CROMADO S/A N°	
265799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL N°			ETHIBOND N°	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI N°			FITA CARDIACA	
4850	CEFAZOLINA 1g	02	2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	09		MONOCRYL N°	
122769	CEFAZOLINA		9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02		MONONYLON N°	04
1787	CEFTRIAXONA		2356	ATADURA CREPON N°	25		PROLENE N°	
154668	CETROPROFENO			ATADURA GESSADA	02		VICRYL N°	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO			BOLSA COLOSTOMIA				
2003	CLORETO DE SÓDIO			CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°				
5304	DEXAMETAZONA			211956	CAPA PARA VÍDEO			
4855	DICLOFENACO SÓDICO			2426	CATETER OXIGÉNIO	02		
2020	GIPIRONA			22680	COLETOR URINA ABERTO			
5673	DOPAMINA			22689	COLETOR URINA FECHADO			
32190	EFEDRINA			COMPRESSAS				
5339	FENERGAN		142341	COMPRESSAS 25X28	02			
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE N°				
4286	GARAMICINA			DRENO SUCÇÃO N°				
2048	GLICOSE 50%		59587	ELETRODO	05			
2054	GLUCONATO DE CALCIO		2585	EQUIPO MACROGOTAS	01			
5398	HEPARINA		287393	EQUIPO PI/ARTROSCOPIA				
5380	HIDROCORTISONA		2615	ESPARADRAPO	50cm			
2062	METOCLOPRAMIDA		20117	FITA GLICEMIA				
37859	NAUSEDRON 8mg	01	142220	GAZES 7,5X7,5	09			
69906	OMEPRAZOL 40mg		3425	GELFOAM				
70181	PROSTIGMINE		80917	GILETE				
70238	QUELICIM			GUÉNDEL N°				
28819	RANITIDINA	01	3468	INTRA-CATH				
70335	SOLUMEDROL 500mg		JEQU N° 28	01				
403792	TORADOL		132709	LÂMINA BISTURI N° 23	02			
70971	TRANSAMIN		111209	LUVAS 6,5				
70572	TILATIL 40mg		40126	LUVAS 7,0	02			
	PSICOTRÓPICOS	QUANT.	3522	LUVAS 8,0	03			
70254	ALFENTANILA		149870	LUVAS 8,5				
8885	DIEMPAX 10mg		69752	MICROPORE LARGO				
3026	DIMORF 1,0mg			SCALPS N°				
3034	DIMORF 0,2mg	02	3735	SERINGA DE 01cc				
126149	DIMORF 10mg		3700	SERINGA DE 03cc				
69655	DORMONID	02	3719	SERINGA DE 05cc				
69639	DORMONID COMP.		3689	SERINGA DE 10cc				
46850	FENOBARBITAL		3697	SERINGA DE 20cc				
8889	HIDANTAL		341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
9962	KETALAR			SONDA FOLEY N°				
69620	PETIDINA			SONDA NELSTEN				
73210	TRAMAL			SONDAS NG				
146632	ULTIVA			SONDA RETAL				
	ANESTÉSICOS	QUANT.		53937	SURGICAL			
70548	ATRACURIO			4081	TORNEIRAS 3 VIAS			
126233	CISATRACURIO			4081	TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
9091	ETOMIDATO							
3042	FENTANIL							
2801	LIDOCAINA 2% C/V							
2119	LIDOCAINA 2% S/V							
2810	LIDOCAINA GELEIA							
2160	NEOCAINA 0,5% C/V							
70750	NEOCAINA 0,5% S/V							
1995	NEOCAINA PESADA	02						
3212	NILPERIDOL							
142384	NOVAPUPI C/V							
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA							
264580	NOVAPUPI S/V							
2216	PANCURONIO							
82031	PROPOFOL							
142451	ROCURÔNIO							
24678	SEVORANE							
1945	XYLESTESIN SPRAY							

Prativero Crianç N° 50, N° 22, N° 18
Prativero 12F 01
Selma de Oliveira Alves
1º de Setembro
Curitiba - PR

REF ID: 44EET: 06450.4593 / 06807.0347





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

RF Resumenes Técnicos
Dr. Luciano Holanda
BRM 2004

BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: <u>Glória Gerecinaes</u>		APTO:		
CONVÉNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>38</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
NÚMERO DA CARTEIRA:		MÍNICO: <u>16100</u>		
GUIA DE INTERNAÇÃO:		TERMINO: <u>15/4</u>		
BENHA:		HORÁRIO ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
DATA DE NASCIMENTO: <u>08/11/1980</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> ELETTIVA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL			CIRURGIA	
<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			ESTADO FÍSICO (ASA)	
DATA: <u>10/12/18</u>				
AG Adrenalina Adrenina Atenolol Bextra Euphescaine Euphescaina Euphescaine Cloro Clorase Octamol Dipirona Clorbutan Dipiridamol PP				

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Torus do 3º...

1^o Equipe Cirúrgica (Oftalmologista Atendentes)

Particulars

Dielectric Losses

⁴ Equipo Clínico (Cirujano 1°/2°/3° Auxiliares)

— 10 —

Flax O + Water kefir

Proceedings PostThreads

金地

Procedimientos Realizados:	Códigos
Reducido	
RENTACION con (examen)	
NO HOSPITALIZADO	
CONJAS DESPERADAS	
COBRADAS	
3	

Monforto  

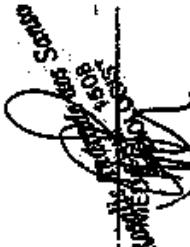
TOWNSCAPE

INDUÇÃO		INTUBAÇÃO TUBO N.	ANESTESIA REGIONAL		ANESTESIA GERAL		PUXAÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Venosa	Oral	<input type="checkbox"/> Parturiente	<input type="checkbox"/> P Bragi/Cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Médiana	<input type="checkbox"/> Paracétamol	<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/> Banda	
<input type="checkbox"/> Venosa		Maxilar	<input checked="" type="checkbox"/> Requins/Asaetea	<input type="checkbox"/> Supracervical	<input checked="" type="checkbox"/> Sentada	<input type="checkbox"/> Gelo	<input type="checkbox"/> Gelo		
MANUTENÇÃO		C/Bolso	<input type="checkbox"/> Cervical Sacra	<input type="checkbox"/> Interespinóstico	<input type="checkbox"/> Avulsa	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Quimioter.	<input type="checkbox"/> Pa. Intraope.	
<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Venosa	Maxilar	<input type="checkbox"/> Cervical Sacra	<input type="checkbox"/> Interespinóstico	<input type="checkbox"/> Avulsa	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Quimioter.	<input type="checkbox"/> Pa. Intraope.	

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL-FRATURA BIMAL TOLAR DA TORNOZELLO
CONTROLE-FRATURA BIMAL TOLAR D^o TORNOZELLO COM OSTROSSEUS
PACIENTE ANTONIO TAVARES
NO HOSPITAL SUS
NOUS DESPESAS AO SUS
COBRADAS AO SUS
SENAR COBRADAS AO SUS

DATA 10 / 12 / 18





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 42

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE		DETTRAN - PB		Nº 014200932675	
		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		PR 2018010007952-5	
VIA	CÓD. RENAVAM	PL.N.T.R.C.	EXERCÍCIO		
1	0109999212-2	00/0000000	2018		
NOME FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO					
CPF / CNPJ 10796074470		PLACA QFV5387 / PB			
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2MD4100GR006866			
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC		COMBUSTIVEL ALCO / GASOL			
MARA / MODELO HONDA / XRE 190		ANO FAB / ANO MOD 2016 / 2016			
CAP / POT / CIL 2 P / 184 / CI		CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
I P V A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1 ^o		
	FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS 0	2 ^o		
			3 ^o		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO	PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	DATA DE PAGAMENTO 21/08/2018	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO					
0					
MASSARANDUBA - PB		DATA 21/08/2018			
42234		19925			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200932675 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

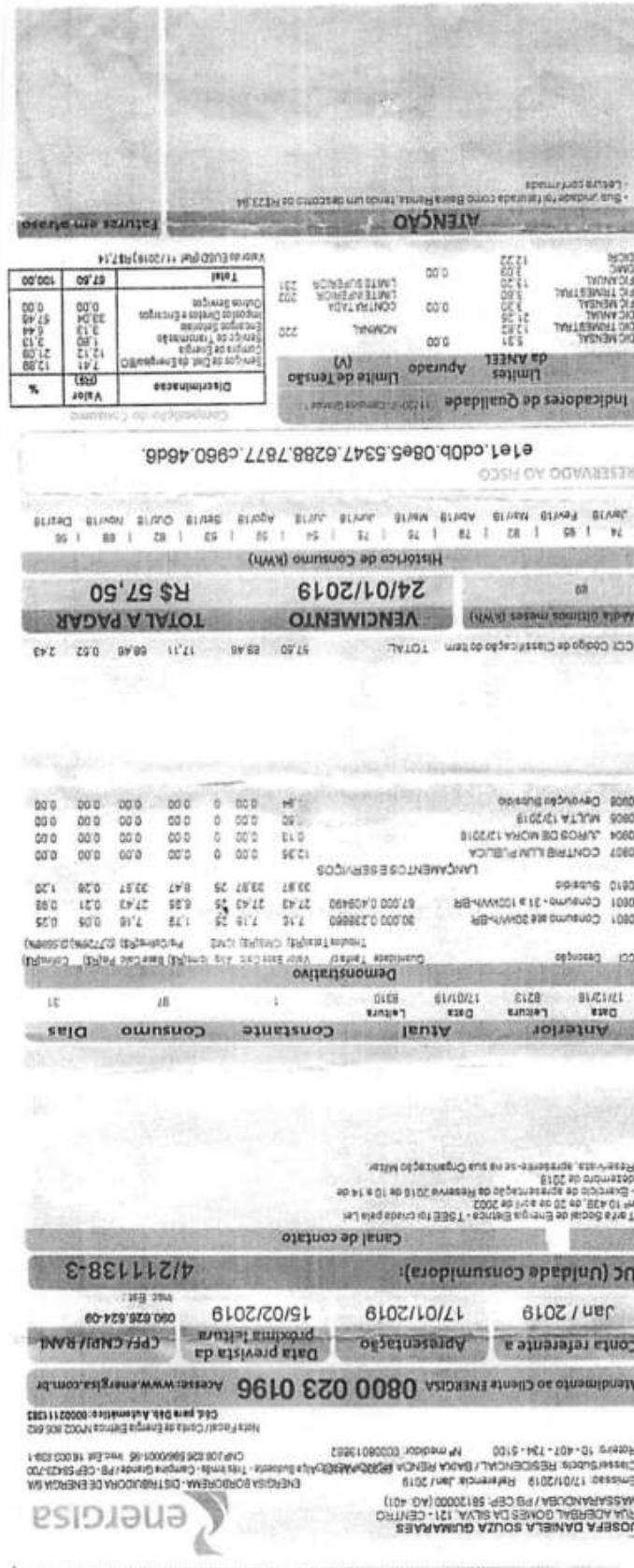
VIA	1 10796074470	PLACA QFV5387 / PB
RENAVAM	01099992122	MARA / MODELO HONDA / XRE 190
ANO FAB.	2016	DATA FAB.
CAT / TAB.	9	CHASSI 9C2MD4100GR006866
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO
PAGAMENTO S COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO 21/08/2018
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MAPA 1/218

19925-1324333-20180821



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: 0366509/19	CPF da vítima: 033.191.864-18	Nome completo da vítima: Geova Guimaraes		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Geova Guimaraes		CPF: 03319186418		
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Junes de Siqueira	Número: 121	Complemento:	
Bairro: Centro	Cidade: Mosquanduba	Estado: PB	CEP: 58120-000	Tel.(DDD): 83 33341288
E-mail: inocewbruno.sdr@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **490631** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, **Campina Grande - PB 21/03/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Geova Guimaraes
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

FPS.001 V001/2018





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 26/11/2018	HORA: 14:15 HRS	ID Nº: 1739943
NOME: GEOVA GUIMARÃES		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.


Deocleto P. Nascimento

SUPERVISOR
Deocleto P. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0366509/139	033.191.864-18	Geova Guimaraes		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP: Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	033.191.864-18	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
autônomo	Pra. Adenivalz Junes de Souza	121		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Centro	Mosquanduba	(3)	58120-000	
E-mail:	Inoew bruno adri@gmail.com 83 33341288			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 490631 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Campo Grande - PR 21/03/2018

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000735/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

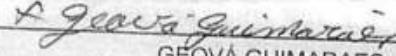
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, al, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, , escolaridade Medio Completo, portador da Cédula de Identidade Nº 2434143, expedido pela MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antônio em Campina Grande; QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019




GEOVÁ GUIMARAES

Declarante


LEONARDO ANDRADE

Escrivão



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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595089 **Vítima: GEOVA GUIMARAES**

Data do Acidente: 26/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01135/01136 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15007782



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>
Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 49