



Número: **0816385-80.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.535,77**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEFFERSON BARBOSA GOMES (AUTOR)		ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34040085	08/09/2020 09:40	2748070_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA GOMES

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

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

Pag. 01983/01984 - carta_03 - INVALIDEZ

00050982



Carta nº 14161857





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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

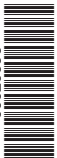
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14162958

Pag. 01397/01398 - carta_01 - INVALIDEZ

00020699





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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231161

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 21/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON BARBOSA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JEFFERSON BARBOSA GOMES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000101829-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

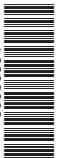
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00701/00702 - carta_15R - INVALIDEZ

00030351



Autorização de pagamento



47

Nº. DO SINISTRO

**www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente 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, Jeferson Benício Gomes
PORTADORA DO RG No.: 3372081 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 14/01/2009 E
CPF 015965544-79 / CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐, PROFISSÃO _____
Ponteiros E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jeferson Benício
Gomes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1033 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 101829

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

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL

DATA 2011212017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO: _____





PEDIDO DO SEGURO

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL: 3180022379 CPF da vítima: 015965544-79 Nome completo da vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

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

Nome completo: Jefferson Barbosa Gomes CPF: 015965544-79

Profissão: Ponteiro Endereço: Poulo Vicente Ferreira Número: 510 Complemento: 805326312

Bairro: Jardim União Cidade: João Pinheiro Estado: PB CEP: 58084-178

E-mail: jeffersonbarbosa@gmail.com jeffersonbarbosa@gmail.com Tel./DDD: 83983379762

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

RENTA MENSAL:

☐ RECLUSO 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)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 00101829 3

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 contestação, caso discordo 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 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: João Pinheiro 07/03/2019

Nome: Jefferson Barbosa Gomes

CPF: 015965544-79

Jefferson Barbosa Gomes

(Assinatura de quem assina A RODO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

RECEBIDO
08 MAR 2019
Seguradora Líder-DPVAT

(* 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.

ENC 031 V001/2018



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.







Ficha Cadastro Pessoa Física

Grau de sigilo
#PUBLICO

Em se tratando de mais de um titular, preencher uma ficha para cada um.
Caso necessário, utilize outra ficha pra completar os dados.

Dados da Conta na CAIXA

Cód. agência	Nome da agência	Conta conjunta	Cód. Op.	Nº da Conta	DV
1033	CRUZ DAS ARMAS, PB	2 1-Sim 2-Não	013	101829	3

Dados Pessoais

CPF do cliente
015.965.544-79Nome do cliente (Completo - sem abreviações)
JEFFERSON BARBOSA GOMES

Data de Nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade
18/04/1990	1 1-Masculino 2-Feminino	1 1-Brasileira 3-Estrangeira 2-Brasileira Naturalizado	UF Município PB JOAO PESSOA

Nome do pai
MARCUS ANTONIO PEREIRA DE LIMANome da mãe
MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES

Número da identidade	Órgão emissor	UF	Data de emissão	Preencher se Menor de 18 anos
3372081	OUTRO	PB	18/01/2008	1 - Menor emancipado 2 - Menor assistido

Estado civil

1 1 - Solteiro(a)	4 - Casado(a) Separação de Bens	7 - Viúvo(a)
2 - Casado(a) Comunhão de Bens	5 - Divorciado(a)	8 - União Estável/Outros
3 - Casado(a) Comunhão Parcial de Bens	6 - Separado(a) Judicialmente	

Grau de instrução

4 0 - Não Alfabetizado	3 - Médio Incompleto	6 - Superior Completo	9 - Doutorado
1 - Ensino Fundamental Incompleto	4 - Médio Completo	7 - Especialização	
2 - Ensino Fundamental Completo	5 - Superior Incompleto	8 - Mestrado	

Dados do Cônjuge/Companheiro(a)

CPF

Nome Data de nascimento
/ /

Endereço Residencial

CEP	Rua/Avenida/Alameda/Travessa	Número	Complemento
58300-420	R ALVINA CAVALCANTE	59	
Bairro	UF	Município	
CENTRO	PB	SANTA RITA	

33.005 v026 micro

1





Boleim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02058.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02058.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 13:32 horas do dia 10 de novembro de 2017, 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, no final assinado, compareceu Jefferson Barbosa Gomes, CPF nº 015.965.544-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Maria Adalgiza Barbosa Gomes e Geraldo Gomes do Nascimento, natural de Cajazeiras/PB, nascido(a) em 18/04/1990 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José Miranda do Amaral, Nº 175, bairro Jardim Venezuela, tendo como ponto de referência Casa Lotérica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-4762.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nevinha Cavalcante, No Cruzamento, João Pessoa/PB, bairro Miramar, Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 21:45h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduziu a MOTOCICLETA HONDA/CGI 50 FAN ESDI, PRETA, 2015/2015, PLACA QFG9047/PB, CHASSI 9C2KC1680FR306210, registrada em nome do noticiante, pela Rua Nevinha Cavalcante quando ao passar pelo cruzamento com a Rua João Domingos foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT UNO, PLACA OGC4627/PB, conduzido por uma mulher de nome MIRELA; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 10.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Informa ainda o noticiante que estava numa via preferencial e que a condutora do FIAT UNO não respeitou a placa de PARE que havia no local; Que a condutora do FIAT permaneceu no local até o noticiante ser socorrido para o hospital; Que não houve BPTRAN; Que deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de novembro de 2017.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Jefferson Barbosa Gomes
JEFFERSON BARBOSA GOMES
Noticiante

Serviço Registral Ricantara Brito
Autentico a presente cópia reprográfica, conforme a original a ela
apresentada, do que dou fé.
João Pessoa, 18/12/2017. Eu testei
Maricélia da Silva Luz (Escritor(a) autorizada)
Vaiioo somente com o selo 1007.000.000
Consulte autenticidade em: <https://seic01q1al.tjpb.jus.br>

Maricélia da Silva Luz
Escritor(a) autorizada

Procedimento Policial: 02058.01.2017.1.00.420

79-02-2017 15:03 430556 1/1
SEGURANÇA LIDER IMPRIMIR

1/1



VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/08/2017, conforme requerimento nº 326/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 21h57min o/a Sr(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES** CPF: 015.965.544-79 vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Nevinha Cavalcante, Miramar - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tíbia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** SD BM-Mat: 523.518-9, (auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinele B. Sales Santos

TEN. QOAB 517240-3

Chefe da 3ª Seção

Boletim de ocorrência



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Osmar Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-6044 / (83) 3216-0751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbpb@bombeiros.pb.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02058.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02058.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:32 horas do dia 10 de novembro de 2017, 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 **Jefferson Barbosa Gomes**, CPF nº 015.965.544-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Maria Adalgiza Barbosa Gomes e Geraldo Gomes do Nascimento, natural de Cajazeiras/PB, nascido(a) em 18/04/1990 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José Miranda do Amaral, Nº 175, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Casa Lotérica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-4762.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nevinha Cavalcante, No Cruzamento, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

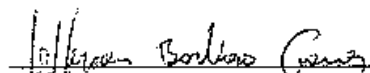
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, PRETA, 2015/2015, PLACA QFG9047/PB, CHASSI 9C2KC1680FR306210, registrada em nome do noticiante, pela Rua Nevinha Cavalcante quando ao passar pelo cruzamento com a Rua João Domingos foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT UNO, PLACA OGC4627/PB, conduzido por uma mulher de nome MIRELA; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 10.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Informa ainda o noticiante que estava numa via preferencial e que a condutora do FIAT UNO não respeitou a placa de PARE que havia no local; Que a condutora do FIAT permaneceu no local até o noticiante ser socorrido para o hospital; Que não houve BPTRAN; Que deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 10 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JEFFERSON BARBOSA GOMES
Noticiante

Procedimento Policial: 02058.01.2017.1.00.420





VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/08/2017, conforme requerimento nº 326/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 21h57min o/a Sr(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES** CPF: 015.965.544-79 vítima de acidente de trânsito (colisão "moto" x "carro"), ocorrido na Rua Nevinha Cavalcante, Miramar - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tibia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** SD BM-Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B. Sales Santos

TEN. QOABM/517240-3

Chefe da 3ª Seção

Boletim de ocorrência



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-0751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crephbpb@bombeiros.pb.gov.br



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: 03/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON BARBOSA GOMES

BANCO: 104

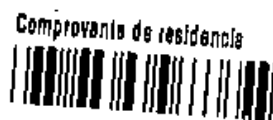
AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000101829-3

Nr. da Autenticação 6F5D7665F636E226



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO



EU, Jefferson Bonfatti Gomes

Declaro para os devidos fins, que resido no Logradouro:

Rua/Av: Rua: Paulo Vicente Ferreira

Bairro: João Veneza

Cidade: João Pessoa

CEP: 58084-179

João Pessoa, 19 de dezembro de 2017.

Assinatura: Jefferson Bonfatti Gomes

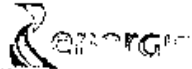
RG: 3372081

CPF: 01596554479

29-02-2017 16:04 430562 1/1
SISTEMA LIDER IMPR L5



FRANCISCO ABREU FILHO
RUA PAULO VICENTE FERREIRA, S/N - JOVENEZA
JOAO PESSOA / PB CEP: 52000000 (AG: 1)
Emissão: 06/09/2017 Referência: Set / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MOVIMENTO B-230, Lm25 - Orela Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 52001-450
Roteiro: 0-1-1-1230 Nº medidor: 00009101588



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 07.551.893/0001-40 Insc. Est.: 16.015.823-0

Ata Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 000.200.870
Cód. para Q&A Automático: 00011002012

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2017	06/09/2017	06/10/2017	96559896404

Canal de contato

Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de Abril de 2007.
Ao acessar www.energisa.com.br você recebe tudo o que precisa para pagar a conta e a facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, reclamação, cancelamento de contas, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
02/08/17	11456	06/09/17	11697	
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Valor	Base de Cálculo	Valor
0011 Consumo em 30 kWh - BR L	30,000	0,116444	8,28	8,28
0012 Consumo - 31 a 100 kWh - BR	70,000	0,376200	20,34	20,34
0013 Consumo - 101 a 220 kWh - BR	41,000	0,594470	23,16	23,16
0014 Adic. B. Verônica			2,00	2,00
0015 Adic. B. Amory's			0,50	0,50
0016 Substituição			37,32	37,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0017 CONTRA B SERV. ALUM. PÚBLICA			2,38	2,38
0018 Devolução de Energia			-23,78	-23,78
TOTAL				
001 Cód. de Classificação do Consumo			72,96	72,96

14/09/2017 R\$ 72,96

Histórico de Consumo (kWh)

184	170	152	141	129	115	104	118	122	87	107
Agô/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

ec9c.44df.cf19.62d2.8fc5.e3c8.b096.0aa5

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. VOLTAGE	0,00	NOMINAL 220
D.C. FREQUENCY	0,00	CONTRATADA 60
D.C. QUALITY	0,00	CONTRATADA 100
D.C. VOLTAGE	0,00	CONTRATADA 100
D.C. FREQUENCY	0,00	CONTRATADA 60
D.C. QUALITY	0,00	CONTRATADA 100

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Ger. de Energia Elétrica	15,43	21,15
Consumo de Energia	10,00	13,71
Serviço de Manutenção	2,38	3,26
Encargos Sociais	4,27	5,85
Serviço de Instalação e Montagem	31,61	43,29
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	72,96	100,00

SEMPRE LIGUE 0800 083 0196



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jefferson Barlow Gomes
RG nº 3372081, data de expedição 07/03/19, Órgão SSP PB

CPF nº 0159655479, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vicente Ferreira</u>
Número	<u>514 QD 572 L 312</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Jardim União</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58084179</u>
Telefone de Contato	<u>83987374762 / 83987228389</u>
E-mail	<u>jefftv4@gmail.com / jefftv3@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 07/03/19

Assinatura do Declarante: Jefferson Barlow Gomes



JOSE GUILHERME BARBOSA GOMES
 RUA PAULO VICENTE FERREIRA, 587, JO 575 L 312 - D. VENEZA
 JOAO PESSOA/PB CEP: 50050-000 (AS - I)
 Emitido em: 04/01/2019 Referência: Jan/2019
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Qd. Residencial João Pessoa/PB - CEP: 50071-480
 CNPJ: 08.936.153/0001-40, Ins. Est. 15.015.022-2
 Fone: 11-2-338-1350 Nº medidor: 00388121559



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.936.153/0001-40, Ins. Est. 15.015.022-2
 Nota Fiscal Online em: 04/01/2019 Nº: 7.855.945
 CNA para Dis. Automática: 0001190705-2

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ/ENEP/RAPI
Jan/2019	04/01/2019	07/02/2019	709 169 524-11

UC (Unidade Consumidora): 5/1190705-2

Lote nº 1190705-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
 QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 14h

011-72519654-8

11/Jan/2019 HORA DE 18:02:12
 LOT. 15.013333-B
 BOCA LOMBEI JOAO PESSOA
 CAS. VENEZUELA: 1033
 TERM 655485

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 ENERGISA PB - DISTR. ENERGIA S/A

VALOR DO PAGAMENTO: 142,17

555836000015 421701438003
 119070520190 019000020190

011-72339884-8

13 VIA

Medida últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/01/2019	R\$ 142,17	

Histórico de Consumo (kWh)

212	204	233	734	164	175	174	166	148	149	145	
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCAL
 8b07_1dd9.e27e.049b.e994.0ac0.e042.b448

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
230	233	220		Serviço de Distribuição	24,36	17,14
				Perdas Técnicas	46,21	32,51
				Perdas Comerciais	5,05	3,55
				Impostos Federais	7,35	5,17
				Impostos Estaduais e Municipais	50,87	35,84
				Outros Serviços	8,74	6,16



Documentação médica - hospital

 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
NOME: JEFFERSON BARBOSA GOMES		REGISTRO: 1022170	
IDADE: 27	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA: CIR. GERAL
DATA DE ADMISSÃO: 21/08/2017		DATA DE ALTA: 27/08/2017	
DIAGNÓSTICO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO		DIAGNÓSTICO: PERMANÊNCIA 6	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:		T14	
EXAME CLÍNICO			
PRINCIPAIS EXAMES:			
LE+ESPLENECTOMIA			
NÃO			
INFECÇÃO:	☐ SIM	☒ NÃO	COLÉTA DE MATERIAL:
RESULTADO DA TERAPIA:	☐ SIM	☒ NÃO	
CONDIÇÃO DE ALTA:	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
	☐ CURADO	☐ ÓBITO	
PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA ATÉ O MOMENTO.			
DIETA: BRANDA REPOUSO: Repouso em casa por 60 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias Retorno às atividades com esforço físico leve em 180 dias e com esforço maior em 190 dias CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGESICO PONTOS 31/08/2017... VACINA PARA ESPLENECTOMIZADO			
RETORNO		PSF	
27/08/17		CARLOS FRANCISCA	
		3792	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
ENF.		LEITO		DATA	27/08/17

LISADOR ----- 01cxs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO 500mg 20CP 01cx

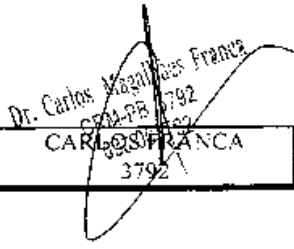
TOMAR 01 CP VO 12/12H. 10dias.

Dr. Carlos Rodrigues Franca 05-11-1732 02-005797 CARLOS FRANCA 3792			
--	--	--	--



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				
CIRURGIA GERAL				
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES			
		LEITO		DATA 27/08/2017

ATESTO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

 Dr. Carlos Magalhães França CRM-PB 3792 CARLOS MAGALHÃES FRANÇA 3792			
--	--	--	--



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
CIRURGIA GERAL					
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
		LEITO		DATA	27/08/2017

ATESTO QUE **JEFFERSON BARBOSA GOMES**
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
 21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
033 003 352

	CARLOS FRANCA 3792		
--	-----------------------	--	--







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JEFFERSON BARBOSA GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 08/04/90
NOME DA MÃE MARIA ADALGISA BARBOSA GOMES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.022.170
Nº PRONTUÁRIO 102.510
DATA DO ATENDIMENTO 21/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 22:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO(S) TRAUMATISMO DO BACO
CID 10 S 35.1

AValiação INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), trazido pelos Bombeiros, tendo relatado que conduzia a moto, apresentando dores no tórax, com suspeita de fratura do membro inferior E e laceração da pele. Graecv 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da perna E - AP e P
RX do joelho E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Presença de líquido livre em cavidade abdominal - USG. Lesão esplênica. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. João Sucupira e Dr. Acaete de Azeite.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/17
DATA DA EMISSÃO: 10/04/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (RQEETSM)
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à consulta externa e não substitui o atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DE SAÚDE, etc. NÃO É VÁLIDO PARA FINE DE PAGAMENTO DE TRATAMENTO.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA				LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES				REGISTRO 1022179	
27	SEXO MASC	COR	CLÍNICA CIR. GERAL	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 21/08/2017		DATA DE ALTA 27/08/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA 6	
DIAGNÓSTICO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO					T14
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
EXAME CLÍNICO					
PRINCIPAIS EXAMES					
LE+ESPLENECTOMIA					
NÃO					
INFECÇÃO		☐ SIM	☒ NÃO	CONTAMINAÇÃO	
RESULTADO EM TERIOLOGIA					
EVOLUÇÃO CLÍNICA		☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO
		☐ ÓBITO			
PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA ATÉ O MOMENTO.					
DIETA: BRANDA					
REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em 180 dias e com esforço maior em 190 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Huberto Lucena					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGESICO					
PONTOS 31/08/2017... VACINA PARA ESPLENECTOMIZADO					
RETORNO: PSF					
27/08/17			CARLOS FRANCA 3792		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES				
ENF.		LEITO		DATA	27/08/17

LISADOR

01exs

Tomar 1 cp 8/8h, EM CASO DE DOR.

CIPROFLOXACINO

500mg

20CP

01ex

TOMAR 01 CP VO 12/12H, 10dias.

Dr. Carlos Antônio França
 CRM 1732

CARLOS FRANCA	3792		
---------------	------	--	--



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA			
CIRURGIA GERAL			
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES		
	LEITO		DATA 27/08/2017

ATESTADO QUE JEFFERSON BARBOSA GOMES
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
21/08/2017 A 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				
CIRURGIA GERAL				
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES			
	LEITO		DATA	27/08/2017

ATESTO QUE **JEFFERSON BARBOSA GOMES**
FICOU INTERNADO NESTE HOSPITAL DE
 21/08/2017 **A** 27/08/2017
E DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS, A CONTAR DO DIA DA INTERNAÇÃO.

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PE 3792
033 003792

	CARLOS FRANCA 3792		
--	-----------------------	--	--





VISTO EM: 12/09/17

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 04 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 333/2017

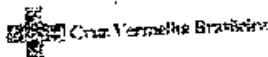
Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 04/09/2017, conforme requerimento nº 326/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi ocorrido(a) por volta das 21h57min o(a) **JEFFERSON BARBOSA GOMES** (CPF: 013.965.544-79) vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x carro)), ocorreu na Rua Revinha Cavalcante, Miramar - João Pessoa-PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES** Matrícula: 517.384-1. A Vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores no tórax, com suspeita de fratura na tíbia do membro inferior esquerdo e laceração na região da patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, **Vilma Vieira de Souza** SD-BM Matr. 223.518-9, (CPF: 013.965.544-79) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, emitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josineide dos Santos
TEN. QO Matr. 517240-3
Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar
Rua Doutor Orestes Lieban, S/Nº, Conj. Pedro Gardim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-5044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crephbpb@bombeiros.pb.gov.br



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1022170

Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON BARBOSA GOMES			Sexo	Masculino
ID	1232643	Estat. civil	Religião	Promiss.	
Data de nascimento	18/04/1990	Idade	127 anos 4 meses 3 dias		
Mãe	MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES				
Escolaridade	Fai: GERALDO GOMES DO NASCIMENTO				
Responsável (Parentesco)		A. GENTORA - Mãe			
DDD Móvel	83	Fone Móvel	87228389	DDD Fixo	00
Nº documento		Número documento		Fone Fixo: 00000000	
RG (IDENTIDADE)		3372081		Nº Cnt	
Local de origem		BAIRRO		UF: PB	
Município		CAJAZEIRAS		Cidade	

Endereço

CEP	58084178	Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PE
Número		Complemento		Logradouro	
5/A				PAULO VICENTE FERREIRA	
				Bairro	
				JARDIM VENEZA	

Admissão

Data e Hora	21/08/2017 22:37:12	Número da pulseira	100006189715	Comênio	SUS
Especialidade		Cirurgia		Origem do paciente	
CIRURGIA GERAL				RUA	
Classificação de risco				Detalhe do acidente	

Indicadores e Transporte

Caso control	Não	Plano de saúde	Não	Veículo de ambulância	Não
Método de transporte		Quem transportou		Tempo	
RESGATE - BOMBEIROS				NÃO	

Sinais Vitais

Pressão	X	mmHg	Pulso	Temperatura
---------	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Outros exames:

At. Suelio Moreira
21/08
De
NS
de

Diagnóstico

Atendido por:
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

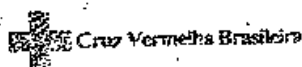
21/08/2017 22:37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 09:40:16

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090809401610000000032561716

Número do documento: 20090809401610000000032561716



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES	BAE 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS
Nome MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES			Telefone de Contato (53) 87228368 / (03) 03000000
Endereço PAULO VICENTE FERREIRA, S/N			Prontuário
Bairro JARDIM VENEZA		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JIM UMBERTO CANTISANI NETO	Nº Cons. Regional 7765/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 22:37:12		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 23:23:20	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO. ISG FAST COM LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE SOLICITO LAB + CONC HEMACIAS

EXAME LABORATORIAL

DETERMINACAO DO SISTEMA RH FATOR D

MEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

SANGUE E DERIVADOS

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 900,0 ML

CID10

Código	Descrição
S00.0	Traumatismo não especificado

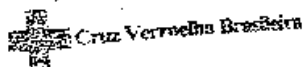
Conduta

Em observação

JIM UMBERTO CANTISANI NETO
(7765/PB)

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Em tempo (21/10/17) às 19:00 - Retificou info
muito contida no item ANAMNESE, de acordo
com o que me informou o paciente: foi referido por ele
na noite data que era condutor de moto e não do
veículo na data e hora do acidente registado neste ISG.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES		BAE 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data Saída
Data de nascimento 13/04/1999	Idade 27	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 87228389 / (00) 00000000
Mãe MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES		Município JOAO PESSOA		UF PB
Endereço PAULO VICENTE FERREIRA, S/N		Bairro JARDIM VENEZA	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	Nº Cons. Regional 92581
Ação/Inte VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 21/08/2017 22:51:22	
Data/Hora Classificação 21/08/2017 22:37:12				

Anamnese

PACIENTE VITÍMA DE COLISÃO CARRO-MOTO. ERA CARONA NA MOTO, USAVA CAPACETE. NEGA VÔMITOS, DESMAIO, CEFALÉIA, CERVICALGIA. QUEIXA DE DOR EM HTE. VACINAS ATRASADAS; NEGA ALERGIAS ABDOME LIVRE PA 130X70 / FC 88 / FR 15 / SPO2 100 AA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)
SORO ANTIFETÂNICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 8,0 (MG/SM)
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

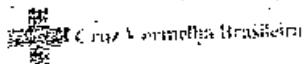
Em observação

OK

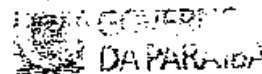
ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
(92581)

JEFFERSON BARBOSA GOMES





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 2776696 - Tel.: 3332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 26/08/2017 08:21:48

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JEFFERSON BARBOSA GOMES	1022170	21/08/2017 22:37:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
18/04/1990	27	Masculino	103616
Nome de identificação	Convênio	Plano	Plano
ALDENIO	SUS		

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 26/08/2017 08:21:40)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ESPLENECTOMIA - 22/08/2017

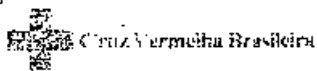
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUZA VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0004 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 6815





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2778696 - Tel.: 8332155700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 25/08/2017 09:11

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JEFFERSON BARBOSA GOMES	1022470		21/08/2017 22:37:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Procedente
15/06/1990	27	Masculino		193015
Tempo de internação	Convênio		Tipo de atendimento	
3d 2h 21min	SUS		DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 25/08/2017 09:11:06)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ESPLENECTOMIA - 22/08/2017

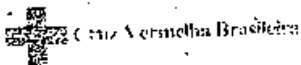
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0004 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5215





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778596 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 24/08/2017 05:30:48

Paciente JEFFERSON BARBOSA GOMES	Boletim de Atendimento 1022170	Data/Hora Entrada 21/08/2017 22:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/04/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 1h 39min	Convênio SUS	Prontuário 103816	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 24/08/2017 08:30:43)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ESPLENECTOMIA - 22/08/2017

PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VPM

Local: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9002
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815



Nota de Sale Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **Jederson Barboza Gomes**
 IDADE: **29** ANOS
 SEXO: **M**
 CÍRURGIA: **Externo**
 CÍRURGIA: **Externo**
 ANESTESIA: **Local**
 ANESTESIA: **Local**
 INSTRUMENTADOR: **Carleton**
 DATA: **23/08/2020**
 TEMPO CIRÚRGICO: **23:30**
 CÍRURGIA: **02:00**

INDICADOR DE RISCO DE CÍRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INSPECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA	MATERIAIS COMIT.	QTD.	FIGS	QTD.
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.				
ALFENTANIL		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
RUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°22		FIO DE ACO N°	
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°24		FIO DE ACO N°	
CETAMIDA		KIT SIST DREN TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
OPÓRICO		LÂMINA BISTURI N°1		FIO DE NYLON N°	
ETÓRICO		LÂMINA BISTURI N°15		FIO POLILACTINA N°	
PERÓRICO		LÂMINA BISTURI N°20		FIO POLILACTINA N°	
PERÓRICO		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLILACTINA N°	
PERÓRICO		LÂMINA DE DESMÓTOMO		FIO POLIPROPILENO N°	
PERÓRICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
PERÓRICO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO N°	
PERÓRICO		LUVAS ESTÉRIL N°7.0		FIO POLILECAPRONE N°	
PERÓRICO		LUVAS ESTÉRIL N°7.5		FIO SEDA N°	
PERÓRICO		LUVAS ESTÉRIL N°8.0		FITA CARDIACA	
PERÓRICO		LUVAS ESTÉRIL N°8.5		MATERIAL ESPECIAL	
PERÓRICO		MÁSCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PIC	
PERÓRICO		MULTIVIAS		CALIBRO CÍRURG	
PERÓRICO		PERFURADOR DE SORO		CLIP TITULO CÍRURG	
PERÓRICO		SCALP N°18		FIO DE KIRSCHNER N°	
PERÓRICO		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
PERÓRICO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN N°	
PERÓRICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
PERÓRICO		SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
PERÓRICO		SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVIVEL	
PERÓRICO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°		KIT DREN VENTRICULAR	
PERÓRICO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PROTESE VASCULAR	
PERÓRICO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT SAM	
PERÓRICO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		FALCÃO EXTERNO	
PERÓRICO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		PARAFUSOS CORTICAIS	
PERÓRICO		SONDA FOLEY 2VIAS N°18		PARAFUSOS ESPONGIOS	
PERÓRICO		SONDA FOLEY 2VIAS N°18		PARAFUSOS ESPONGIOS	
PERÓRICO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS MALEOLAS	
PERÓRICO		SONDA NASOG. LONGA		PLACA	
PERÓRICO		SONDA URETRAL N°		PLACA	
PERÓRICO		TORNEIRINHA		EQUIPAMENTOS	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		ANESTESIA	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		OBSTUR. ELÉTRICO	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		OCULOGRAFO	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() CARDIOMONITOR	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() DESFIBRILADOR	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() FOCO AUXILIAR	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() FOCO CENTRAL	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() MICROSCOPIO	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() POTENCIÓMETRO DE PULSO	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() P.A. INVASIVA	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() PERFURADOR ELÉTRICO	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		() SERRA	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		CIRCULADOR	
PERÓRICO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		COREN	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HRTM

DESCRICAO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Posição Médica Xifo - Pubis
Incisão:	
Achados: Lesão Esplênica	
Conduta: Esplenectomia com ligadura de pedículo esplênico sobre pedículo poroque de novo tubo - fúndus. Húnteria	
Fechamento: Sutura por plano	
Observação:	

Dr. JOÃO SUCUPIRA
Grupo de Acordo: Otorrinolaringologia
CRM-PB 58110

João Pessoa? JOÃO SUCUPIRA
CRM-PB 58110

Médico/CRM:

PONGLAS CIR.009





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jefferson B. Gomes BE/Prontuário: _____
Idade: 27 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Laparoscopia @ Explectomia
Cirurgião: João Sampaio 1º Assistente: Alberto
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão Explectomia</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Explectomia</u>	
<u>Laparoscopia</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. JOÃO SUCUPIRA
Conselheiro Regional de Medicina
CRM-MG 5870

João Pessoa, 22/08/17

F(Nº) ASCIR.009-1





FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: JOSEFORD BARBOSA GOMES DATA: 21/01/17 PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR: branco IDADE: 27A

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 100bpm RESPIRAÇÃO: 18rpm TEMPERATURA: 36.5 GRUPO SANGÜÍNEO: A+

ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR (x) MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VP.M

AP. RESPIRATÓRIO: MT em ADI DIRA AP. CIRCULATÓRIO: RGR em AT C/BCNF 120/80

AP. DIGESTIVO: - ESTADO MENTAL: LOTÉ DROGAS EM USO: -

PRÉ-ANESTÉSICO: - ESTADO FÍSICO (ASA): II

DOSE HORA: -

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Team a fechado em abdome

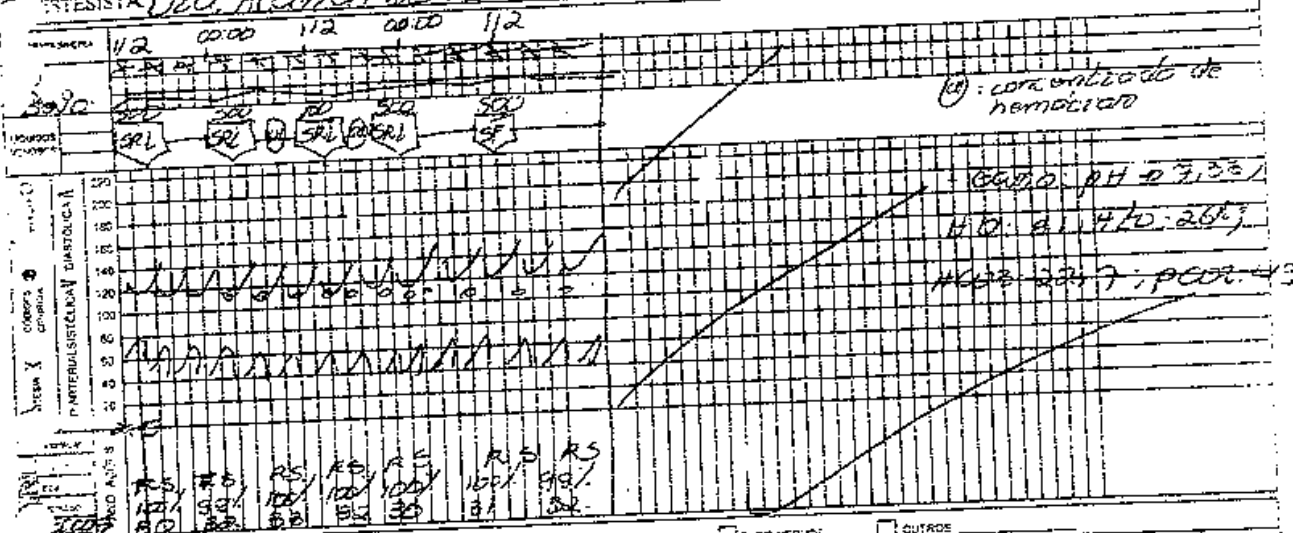
CIRURGIA REALIZADA: Laparotomia exploradora e enterectomia

CIRURGIÃO: Dr. João Sampaio AUXILIARES: -

INÍCIO DA ANESTESIA: 23:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 02:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: - QUANT. DE CH.: - VALORES RS: -

ANESTESISTA: Dr. Alana Nazianzeno CRM-PB: 600120 (R2)



ANESTESIA GERAL (x) RÁPIDA () EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOS () OUTROS ()

Paciente monitorizado com MT e Pr - oxigenação c/ O2 a 100% na B

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

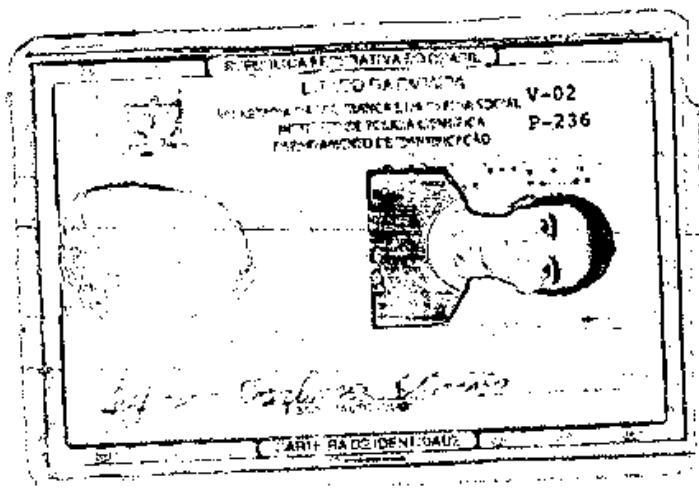
QUANTIDADE	USO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		Fontanile 250 mg	Propofol 150 mg	Lidocaina 80 mg	Bupivacaína 90 mg	Roubarbina 50 mg	Cefazolin 1 g	Dexametasona 10 mg	Naloxona 0,8 mg	Dipriven 0,2 g	Atropina 1,0 mg	Neptigmina 2,0 mg	Tecmor 100 mg	Ceftriaxona 1,0 g							

OUTROS: VRPA

Observações: maneira fácil e rápida em sequência 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Assinatura do Anestesiologista: Alana Vital Nazianzeno FINGIASCOR 0051





Documentos de identificação

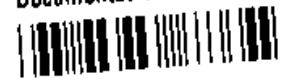


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF	3.172.581 - 2
DATA DE EMISSÃO	18/01/2008
NOME	JEFFERSON BARBOSA GOMES
GERALDO GOMES DO NASCIMENTO	
MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES	
LOCALIDADE	CAJAZEIRAS-PB
DATA DE NASCIMENTO	18/04/1990
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO	HAEC.N.20325 PLS.186 LIV.A50
CARTÓRIO CAJAZEIRAS-PB	
015.965.544-79	2008-01-18
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
29-02-2017 16:48 438559 1/1



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Jefferson Barbosa Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.272.081 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2008

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES

FILIAÇÃO GERALDO GOMES DO NASCIMENTO
MARIA ADALGIZA BARBOSA GOMES

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 18/04/1990

DOC. ORIGEM NASC. N. 20325-FLS. 186 LIV. A50

CARTÓRIO CAJAZEIRAS-PB

CPF 015.965.544-79

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83





AO ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES		CELULAR: 9 8737-4762	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO PORTEIRO(DESEMP)	RG 3372981 SSP-PB	CPF 015.965.544.79
ENDERENÇO RUA JOSÉ MIRANDA DO AMARAL		Nº 175	COMPLEMENTO CASA
BAIRRO JARDIM VENEZA	CIDADE JOÃO PESSOA	UF PB	CEP 58.000.0000

SEDS

IPC

Requer a Vossa Senhoria, na qualidade de VITIMA que se digne fornecer 2ª via do Laudo de Exame abaixo identificado:

TIPO DE EXAME TRAUMATOLOGICO	DATA DO EXAME 13/11/17	Nº LAUDO 03.08.06.11201720626
VITIMA: O MESMO		
DOCUMENTOS ANEXADOS COPIA RG		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		

Requer ainda, dispensa da taxa de recolhimento do FESP, por se pobre na forma da lei.

Nestes termos, pede e espera deferimento.
João Pessoa, 28 de novembro de 2017

P. Perito
Dna. ...

Assinatura Requerente

Protocolo nº 332/2017
João Pessoa, 28/11/2017

Assinatura do funcionário Responsável

Para providências com a urgência que o caso requer.
João Pessoa, 28/11/17
182439-2
Superintendente do IPC - 1ª Região

PAULIENNA ROBERTA
PERITA OCUL CRIMINAL
SUPERINTENDENTE DO IPC - 1ª REGIÃO
15/11/2017

Rua Antonio Teotônio, s/n, Cristo Redentor, João Pessoa, Paraíba-Brasil
CEP 58.071.620 - Fone 83 3218 5207 - 3218 5215



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/671517 Laudo n° 03.01.06.112017.29626

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL Ferimento ou ofensa física.

do Pessoa em 04.12.2017

Assinatura/Cap. Leitor do Funcionário DMI

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

Órgão Requisitante: DAVC. nº da Solicitação: 388/2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES, 27 anos, sexo: masculino, Filho(a) de: Geraldo Gomes do Nascimento e de: Maria Adalgiza Barbosa Gomes, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Cajazeiras/PB.

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 21/08/2017 por volta das 22h no bairro Miramar.

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta cicatriz longitudinal na linha média do abdome caracterizando laparotomia exploradora e, áreas multiformes discretamente hipercrômicas nos joelhos e pernas caracterizando regeneração da epiderme pós-escoriações. Em laudo médico constando atendimento em 21/08/2017 com traumatismo de baço sendo submetido a procedimento cirúrgico com esplenectomia.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2) Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3) Houve perigo de vida? **SIM, DEVIDO A TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.**
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM, VIDE 3º QUESITO.**
- 6) Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO.**
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9) Resultou deformidade permanente? **NÃO.**
- 10) Provocou aborto? **PREJUDICADO.**

Dr(a) Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

29-02-2017 16:03 430538 1/1
SIS000000 LINES DPM U



Laudo do IML - Lesões cori

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: 671517 Laudo nº: 03.01.06.112017.29626

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL Ferimento ou ofensa física

Assinatura/Carimbo do Funcionário-DMI

Assinatura/Carimbo do Funcionário-DMI

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

Órgão Requisitante: DAVC. nº da Solicitação: 388/2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES, 27anos, sexo: masculino, filho(a) de: Geraldo Gomes do Nascimento e de: Maria Adalgiza Barbosa Gomes, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Cajazeiras/PB.

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 21/08/2017 por volta das 22h no bairro Miramar.

DESCRIÇÃO: o examinado apresenta cicatriz longitudinal na linha média do abdome caracterizando laparotomia exploradora e, áreas multiformes discretamente hipercrômicas nos joelhos e pernas caracterizando regeneração da epiderme pós-escoriações. Em laudo médico constando atendimento em 21/08/2017 com traumatismo de baço sendo submetido a procedimento cirúrgico com esplenectomia.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO A TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, VIDE 3º QUESITO.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

AO ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NOME JEFFERSON BARBOSA GOMES			CELULAR: 9 8737-4762	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSÃO PORTEIRO(DESEMP)	RG: 3372981 SSP-PB	CPF 015.965.544.79	
ENDERENÇO RUA JOSÉ MIRANDA DO AMARAL			Nº 175	COMPLEMENTO: CASA
BAIRRO JARDIM VENEZA	CIDADE JOÃO PESSOA	UF PB	CEP 58.000.0000	

SEDS

IPC

Requer a Vossa Senhoria, na qualidade de VITIMA que se digne fornecer 2ª via do Laudo de Exame abaixo identificado:

TIPO DE EXAME TRAUMATOLOGICO	DATA DO EXAME 13/11/17	Nº LAUDO 03.01.06.112017.2062
VITIMA: O MESMO		
DOCUMENTOS ANEXADOS COPIA RG		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		

Requer ainda, dispensa da taxa de recolhimento do FESP, por se pobre na forma da lei.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

João Pessoa, 28 de novembro de 2017

P. Pereira
Dna. Diretora

Assinatura Requerente

Protocolo nº 332/2017
João Pessoa, 28/11/2017

Assinatura do funcionário Responsável

Pelo providências com a
urgência que o caso requer
João Pessoa, 28/11/17
182439-2
Superintendente do IPC - 1ª Região

GABRIELLA NOBREGA
PERITA OFICIAL CRIMINAL
SUPERINTENDENTE DO IPC - 1ª REGIÃO
NEL 15/11/2017

Rua Antonio Teotônio, s/n. Cristo Redentor, João Pessoa, Paraíba-Brasil
CEP 58.071.620 - Fone 83 3218 5207 - 3218 5215



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006656/18
Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

Data do Acidente: 21/08/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/12/2017
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Nathalia Beatriz Braga Costa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0102445/19

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

CPF: 015.965.544-79

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2017

Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA
GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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: 26/03/2019
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



Atraso na data do último documento

3180022329

Justificativa – Nº ASL ou Processo

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

() Solicitação 06

(X) Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
08/03	26/03/19

20/03	
-------	--

Nome: Luiz Felipe



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190231161 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 21/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA. P19 20 21

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações: ** ACOSTADO LAUDO DE IML QUE NÃO DEU DEBILIDADE (CONFLITANTE)

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102445/19

Vítima: JEFFERSON BARBOSA GOMES

CPF: 015.965.544-79

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2017

Titular do CPF: JEFFERSON BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JEFFERSON BARBOSA GOMES : 015.965.544-79

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: 26/03/2019
Nome: JEFFERSON BARBOSA GOMES
CPF: 015.965.544-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JEFFERSON BARBOSA GOMES

Nathalia Beatriz Braga Costa

