

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423102

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010016027-1

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,



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 052 285 824 44 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eraldo Gomes

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

5 - Nome completo: Francisco Eraldo Gomes 6 - CPF: 052 285 824 44
7 - Profissão: peixe de bolonias 8 - Endereço: Pedro Lopes Brasileiro 9 - Número: SN 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Tagaury 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58775 000
15 - E-mail: peixe.erdos@bol.com.br 16 - Tel. (DDD): 9994415 2024

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0634 3 CONTA: 16027 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Tagaury / 10/10/2019

Francisco Eraldo Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edilmar Augusto de Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 20 / Março / 2019. HORAS: 17h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL.: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
do Agente de Ademias, nascido no dia 09.07.83, filho de Raimundo N
Gomes e Maria de F. da Silva Gomes, RG 2770576/SSP/PB e CPF 052.285
824-44, residente na R. Pedro Lopes Brasileiro, s/n centro Igaracy-
PB.

Histórico do Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sentido
à Fazenda Ceruja neste Município, pilotando a moto HONDA BIZ 125 ES
cor vermelha, ano 2012, placa NQI1713/PB e chassi 9C2JC4820CR302175
licenciada em nome de MARIA DE FATIMANDA SILVA GOMES (sua genitora)
e ao passar pelo Sítio Varzea do Saco (Igaracy/PB), em uma curva co-
lidou com outro motociclista, sendo então socorrido por familiares
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital
Regional de Patos/PB.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA/MAT. 4084
CHefe DE CARTÓRIO



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	Planta: ☒ USA 01 ☐ USA 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: 19:40 Hs	Hora de Chegada no Local: 19:50 Hs
----------------	----------------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: JENIVALDO BRUNO OLIVEIRA	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRP	Bairro:	Médico Regulador: CARANHOS	

Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:

Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☒ Óbito Durante o Atendimento

HRP / PATOS

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Medeiros Pereira Lima, Cirurgião Geral, CRM 16.302

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUÍATICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO ☒ TRANSFERÊNCIA	Hospital de Origem: HRP / PATOS
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA	Responsável: ALAN
CAUSAS EXTERNAS	Hospital de Destino: HRP / PATOS
Acidente de Trânsito	Responsável: MAXIMO
☐ Acidente automobilístico	
☒ Acidente motociclístico	
☐ Atropelamento por:	
☐ Colisão carro x moto	
☐ Capotamento	
☐ Outro:	
☐ F.A.F.	
☐ F.A.B.	
☐ Agressão Física	
☐ Afogamento	
☐ Queda - Altura aproximada:	
☐ Soterramento / Desabamento	
☐ Choque Elétrico	
☐ Outro:	
	ANTECEDENTES
	☐ AIDS ☐ Doença Mental
	☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal
	☐ AVC ☐ Droga
	☐ Convulsão ☐ Hipertensão Arterial
	☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores
	☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios
	☐ Doença infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 77 X 60 FC: 87 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/O2: 100 SpO2 C/O2:

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente com trauma de face e fratura de maxilar e de cometa deslocada 14 seg 2 seg em atendimento com 17 seg com avaliação do Bico-mélio.

11 JUL 2019

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL

Intervenções: 30W + 10W - MEDICAMENTO

Evolução do Enfermeiro:

REF. EBE INSCRIC. ORIENTADO. VITIMA RE (QUEDA) MOTOCICLISTA APRESENTANDO TRAUMA PREDETERMINADO EM AMBOS OS OMBROS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRP COM SUCESSO.

2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estenho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectorção ☐ Eficácia subcutânea ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS

☐ Não ☒ Sim - Local: Extremidades

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL 7/7

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro:
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s):

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BURTINA + SER + DRAONA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: HEIN

ENFERMEIRO (A): ANOREO

MÉDICO (A): JOANA

Matrícula:

COREN:

CRM:

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME:

ASSINATURA (RUBRICA):

TESTEMUNHA:

RG / CPF:

Observação:

TESTEMUNHA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 27913 Data: 20/03/19 Hora: 19:40
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Alceu
Destino: HRP (Patos)
Contato: Dr. Alexandre

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as Ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Buccomaxila

Procedimentos realizados no hospital:

Análise + consult. urgent.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Médico: _____

Assinatura e Carimbo

CRM: _____

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

052 285 324 44

Francisco Eraldo Gomes

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Francisco Eraldo Gomes

052 285 324 44

pedreiro de boqueiro Pedro Lopes Brasileiro

SN Casa

Centro 7garay

PB 58775 000

pedreiro.eraldo@gmail.com 83 987616835

9994415 2024

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0634 3 CONTA: 16027 X AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 10/10/2019

Francisco Eraldo Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edilson Marques do Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
3ª Delegacia Regional de Policia Civil
17ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 20 / Março / 2019. HORAS: 17h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
do Agente de Ademias, nascido no dia 09.07.83, filho de Raimundo N
Gomes e Maria de F. da Silva Gomes, RG 2770576/SSP/PB e CPF 052.285
824-44, residente na R. Pedro Lopes Brasileiro, s/n centro Igaracy-
PB.

Histórico do Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sentido
à Fazenda Ceruja neste Município, pilotando a moto HONDA BIZ 125 ES
cor vermelha, ano 2012, placa NQI1713/PB e chassi 9C2JC4820CR302175
licenciada em nome de MARIA DE FATIMANDA SILVA GOMES (sua genitora)
e ao passar pelo Sítio Varzea do Saco (Igaracy/PB), em uma curva co-
lidou com outro motociclista, sendo então socorrido por familiares
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital
Regional de Patos/PB.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA/MAT. 4084
CHefe DE CARTÓRIO



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	Planta: ☒ USA 01 ☐ USA 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: 19:40 Hs	Hora de Chegada no Local: 19:50 Hs
----------------	----------------------	--	---	---------------------------------	------------------------------------

Solicitante:

Paciente / Usuário: JENIVALDO BRUNO OLIVEIRA	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRP	Bairro:	Médico Regulador: CARANHO	
Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:			
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro			
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☒ Óbito Durante o Atendimento			
Destino (Unidade Hospitalar): HRP / PATOS		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Medeiros Pereira Lima Cirurgião Geral CRM 16.722	

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUÍATICO ☐ GINECO OBSTÉTRICO ☒ TRANSFERÊNCIA	Hospital de Origem: HRP / PATOS
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA	Responsável: ALAN
CAUSAS EXTERNAS	Hospital de Destino: HRP / PATOS
Acidente de Trânsito	Responsável: MAXIMO
☐ Acidente automobilístico	
☒ Acidente motociclístico	
☐ Atropelamento por:	
☐ Colisão carro x moto	
☐ Capotamento	
☐ Outro:	
☐ F.A.F.	
☐ F.A.B.	
☐ Agressão Física	
☐ Afogamento	
☐ Queda - Altura aproximada:	
☐ Soterramento / Desabamento	
☐ Choque Elétrico	
☐ Outro:	
☐ AIDS	☐ Doença Mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença Renal
☐ AVC	☐ Droga
☐ Convulsão	☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes	☐ Internamentos Anteriores
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas Respiratórios
☐ Doença infecto-contagiosa	☐ Medicamentos de uso Contínuo
Quais?	

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 77 X 60 FC: 87 FR: TEMP: HGT: SpO2 - S/O2: 100 SpO2 C/O2:

EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente com trauma de face e fratura de maxilar e de cometa deslocada 14 seg 2 seg em atendimento com 17 seg com avaliação do Bico-mélio.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL

Intervenções: 30W + 10W - MEDICAMENTO

Evolução do Enfermeiro:

REF. EBE INSCRICAO. ORIENTADO. VITIMA RE (QUEDA) MOTOCICLISTA APRESENTANDO TRAUMA PREDETERMINADO EM AMBOS OS OMBROS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRP COM SUCESSO.

2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estencho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectorção ☐ Eficácia subcutânea ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS

☐ Não ☒ Sim - Local: Extremidades

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL 7/7

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____
 Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☒ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BURTINA + SERO + DRAONA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a /Local: _____

Assinatura com Carimbo do Receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: HEINENFERMEIRO (A): ANOREOMÉDICO (A): JOANA

Matrícula: _____

COREN: _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

TESTEMUNHA: _____

RG / CPF: _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 27913 Data: 20/03/19 Hora: 19:40
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Alceu
Destino: HRP (Patos)
Contato: Dr. Alexandre

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as Ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Bucomaxila

Procedimentos realizados no hospital:

Análise + consult. urgent.

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Médico: _____

Assinatura e Carimbo

CRM: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010016027-1

Nr. da Autenticação 36DE2AA7A22FCEDB

FRANCISCO ERIVALDO GOMES
RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO, S/N - CENTRO
MARACÁ / PB CEP: 5875000 (AG: 144)

Ligação: MONOFÁSICO
Código: RES MT C B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Ratador: 2 - 148 - 230 - 9180 Referência: Mai/2019
Medidor: 9306852307 Empresa: 06/05/2019

ENERGISA PARANÁ (DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A)
8/200, km 25 - Centro Regional - João Pessoa / PB - CEP: 58071-640
CNPJ: 09.985.103/0001-40 - Ins. Est. 18.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04.395.409
Cód. para Dth Automática: 0001321154

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019 06/05/2019 04/06/2019 062.386.824-44
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1321154-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/04/19	Leitura 5001	Data 06/05/19	Leitura 5001	23
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
		Tratado (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,207150	6,21
0801	Adc. B Amarela	0,02	0,00	0,00
0810	Subsídio	11,40	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804	JUROS DE MORIA 04/2019	0,04	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	0,14	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019	0,00	0,00	0,00
0809	CREDITO A COMPENSAR (-) 05/2019	-8,06	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-10,78	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 17,83 0,17 0,78
Tarifa de Tributos ABA30Wh 0,192000

Média últimos meses (kWh): 128 VENCIMENTO 13/05/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh):
140 | 138 | 136 | 130 | 127 | 137 | 153 | 128 | 147 | 135 | 138 | 18
Jan/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

076e.94db.d5a8.15ea.0e7a.fce4.e194.6e88

Indicadores de Qualidade - 2019 - Fatores			
	Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
DI MENSAL	0,87	0,31	NOMINAL
DI TRIMESTRAL	13,14		220
DI ANUAL	27,49		
FE MENSAL	3,51	1,00	CONTRA TACA
FE TRIMESTRAL	7,22		LIBRE AF SDOA
FE ANUAL	14,45		LIBRE SUPERIOR
DI MENSAL	3,57	0,51	
DI TRIMESTRAL	12,71		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Fornecimento de Energia Elétrica	2,05	29,18
Comp. de Energia	2,88	42,82
Serviço de Transmissão	0,31	4,49
Encargos Setoriais	0,48	6,96
Impostos, Devidos e Encargos	1,15	16,57
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	6,86	100,00

Valor de EUSO (R\$) 3/2019: R\$ 24,00

ATENÇÃO: Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 10,78.
- Imóvel desocupado tem acesso ao medidor Consumo Abarca da Média Mensal.

Faturas em atraso

COMPREV COMPREV
11 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTULULO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO
FOTOGRÁFICA E DACTILOSCÓPICA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

PLACAO: ADELSON DOS SANTOS

OSM: RODRIGUES DA SILVA

PERFIL: 04119219971 SALDADE: 20/06/2012 HABITAÇÃO: 14/06/2007

VÁLIDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1424948517

PROBIDO PLASTIFICAR 1424948517

Assinatura do portador: Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL: SERRA VALADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2017

Assinatura do titular: Carlos Augusto Torres Ribeiro

Assinatura do gerente: 3288488707 8879761306

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIASO FUSCOPED, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 54780000 (A3-154)

Urgente MONOFÁSICO
Civ/Soc RES MTC 91 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 7-154-25-3113 Referência Mai/2018
Móvel: 0000987427 Emissão: 13/05/2019

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Centro Administrativo, João Pessoa/PB - CEP 54071-200
CNPJ: 05.035.183/0001-40 - Insc Est: 18.015.629-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.743.417
Cód. para Dig. Automática: 0000026229

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/04/19	3746	12/05/19	3870	31
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
001 Consumo em kWh	108,00	0,947500	102,30	102,30
0031 Ace. B. Amarela	1,12	1,10	1,23	1,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0012 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	15,72	0,00	0,00	0,00
0034 JUROS DE MORA (MAY/19)	0,25	0,00	0,00	0,00
0035 MULTA 34/2018	2,63	0,00	0,00	0,00

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BI/BIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Brualdo Gomes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 285 824 4 4

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Francisco Brualdo Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 285 824 1 44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Benedito Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>cora</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>neton.assessoria@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280 000</u>	Tel. (DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Itaporanga 10/07/2019

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
11 JUL 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0600 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria de Fatima da Silva Gomes

RG nº 1470 153, data de expedição 20/02/2019

Órgão SSDS / PB, portador do CPF nº 437 296 734 91

com domicílio na cidade de Pedra Lopez Brasileira, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Pedra Lopez Brasileira, nº S/N

complemento com, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Brualdo Gomes, cujo o condutor era

o mesmo

Veículo: moto Modelo: honda / Big 125 ES Ano: 2012

Placa: NOI 17 13 Chassi: 9C2JC4820 CR 302175

Data do Acidente: 20/03/2019

Local e Data: Taperoanga 04/07/2019

Maria de Fatima da Silva Gomes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÃO REG. CIVIL DE PESSOAS NATURAIS E NOTAS

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de

MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES

Data de: Taperoanga - 04/07/2019

Substância: ARIANA SOARES BRASILEIRO SILVA

Selo Digital: A1729992.MLJE

Consulte a autenticidade em: <http://selodigital.igb.ia.br>

Emitido R\$ 9,91 Forado R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Foro R\$ 1,98



HOSPITAL REGIONAL
WENCESLAU LOPES
PIANCÓ - PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Cnes: 2600331 CNPJ: 08.778.268/0031-86
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPIANO FILHO, 302
CIDADE: PIANCÓ 58765-000 ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES

Pai: RAIMUNDO NIVALDO GOMES

Nascimento: 09/07/1983 Idade: 35 Cor: PARDA

Profissao: AGENTE DE EDEMIAS

Endereco: PEDRO LOPES BRASILEIRO

Bairro: CENTRO

Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607

Naturalidade: IGARACY - PB

CNS: 700-7019-9001-2270

CPF:

Data / Hora: 20/03/2019 17:52:46

Identidade:

Reg. Nasc.:

Recepcionista: JOANA DARC

Ficha Número: 55855

Sexo: M

Num.:

Fone:

TEMP.:

PESO: PA:

Hora Atendimento

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com queixa de
trauma fac. Refere colisão com
um objeto. Gesso 14

RG: RCR e TSN 2/50m.

AR: mu+ brônquios e laringe D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

ABD: Sem-Glome, Flecch, mobil
a palpao, RHA+.

Refere dor RESULTADOS fac. SEM
na gengiva.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E O

SAL 1000 ml
Insulina 100 mg +

Drogas 20

- 01 - ELETIVO CARATÉ
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA C
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAM
PROCEDI

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA

- OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSP

SERVIÇOS REALIZ

1 -	0	3	0	1
2 -	0	3	0	1
3 -				

Ass. dos Prof

Médico / C

ASS. PACIENTE / ACOMPAN

X Francisco Raiany
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimb

18:00 hrs

50L 3.000 ml - EU

Tramadol + 100 ml 5f09% EU

equipes maiores

50L 14

50L 18

Marta Morgado de Caldas
Marta Morgado de Caldas
CORE 242394

aplicar 2ml top. bolus EL ~~19:40~~
11 Saramiga 5ml
11 Saramiga 1ml
11 AD

Marta Morgado de Caldas
Marta Morgado de Caldas
CORE 242394

Reclamação NOVE, ajustada Ca 2 ad
- total inasal 341ml

SVV

4h 20:00

Triunfante H. R. Patas 25
20:00h, candidato pela
USA.

Marta Morgado de Caldas
Marta Morgado de Caldas
CORE 242394

20/03/19 20:00hrs + 22
min

Paciente regulando
para o hospital
Regional de Patas,
Zona sul, lado leste
médico Dr. Máximo
Gondurido de USA
Pamela de Pimenta.

Atividade

SUS 700 7019 9001 2270

COMPLEXO HOSPITALAR
EDUARDINO DE LIMA
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO 35596 PRONTUÁRIO 20474
DATA 26/03/2019 HORA 21:49 OPERADOR EALVES
OCORRÊNCIA URGÊNCIA
CLASSIF. RISCO
ORIGEM VIA PÚBLICA
MÉDICO EIRIDIO AMERSON NUNQUES XAVIER
MOTIVO ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA

99967-0365
Kelly

PACIENTE FRANCISCO ERIVALDO GOMES IDADE 35a 8m GÊNERO MASCULINO

FILIAÇÃO I MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES
FILIAÇÃO II RAIMUNDO NIVALDO GOMES

CIDADE IGARACY PB 58775000
ENDEREÇO RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO SN
BAIRRO CENTRO
NATURALIDADE IGARACY
TELEFONE CELULAR 83999883717

C.N.S. IDENTIDADE 2770576
C.P.F. REG. NAC.

NASCIMENTO 09/07/1983 COR PARO
EST. CIVIL CASADO PROFISSÃO AGENTE COMUNITARIO

RESPONSÁVEL RAIMUNDO NIVALDO GOMES Tel. Resp. 83999883717

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

Paciente vítima acidente de moto, apresentando fratura múltipla de fêmur.

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

feridas e e de fêmur.
(LMS) fratura múltipla

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO RX TC FRATURAS múltipla de fêmur

DADOS DA SAÍDA

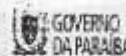
Data 28/03/2019 Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

Alta Curativa () Alta Melhorada () Alta a Pedido
Transferência () Evolução () Óbito

MÉDICO/CRM

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Evaldo Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>26/03/2019</u>	Ent.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Knijz</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Elpidio</u>	
Anestesista <u>Dr. Távio</u>	Tipo de Anestesia <u>Genal</u>	
Diagnóstico Pre-Operatório <u>Fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito +</u> <u>OPN</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Osteossíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático</u> <u>direito + OPN</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>o mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>N.D.N</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>N.D.N</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>N.D.N</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Dr. Knijz
Cirurgião
26/03/2019

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
1. Paciente em DDH sob anestesia geral (decúbito dorso horizontal)
2. Antepsia extra e intraoral e aposição dos campos estéreis
3. Infiltração com xife com vaso em maxila e zigomático direito
4. Incisão em junção de sulco vestibular em maxila direita + supra-orbitária direita + subtarsoal esquerda.
5. Dissecção por planos + descolamento + acesso as fraturas
6. BNM + redução + osteossíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito + OPN + sutura por planos + curativo + TWA

PACIENTE: <i>Armando Evangelista Gomes</i>					
QT.:	LEITO:	CONVENIO:	IDADE:	REGISTRO:	
		<i>SUS</i>	<i>38 a</i>	<i>20444</i>	
CIRURGIA: <i>ma cirurgia de</i> <i>multiplas al dace</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. K...d...</i>		
ANESTESIA: <i>Genel</i>			ANESTESISTA: <i>Dr. ...</i>		
INSTRUMENTADORA:		DATA:	INÍCIO:	FIM:	
		<i>26.03.28</i>	<i>10:05 h</i>	<i>13:45</i>	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>no 34</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser	1	Coletor de Urina <i>no 17 e 15</i>
<i>1</i>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
<i>1</i>	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<i>1</i>	TX. Sala		Seringa 5 ml
<i>1</i>	TX. Bisturi Elétrico	<i>1</i>	Seringa 10 ml
<i>1</i>	TX. Aspirador Elétrico	<i>1</i>	Seringa 20 ml
<i>1</i>	TX. Oxímetro de Pulso	<i>1</i>	Eletrodos desc.
	Neocaín	<i>1</i>	Atadura de Crepom 10 cm
<i>1</i>	Halotano <i>procedimento geral</i>		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10 cm
<i>1</i>	Quelicín		Sonda Uretral <i>no 32</i>
<i>1</i>	Pavulon		Sonda Nesogástrica
<i>1</i>	Dorminid		Éter Sulfúrico
<i>1</i>	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	<i>1</i>	Esparadrapo
	Etodimídate	<i>1</i>	Xilocaína Gel
	Ketalar	<i>1</i>	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	<i>1</i>	PVPI Tintura
	Dimorf	<i>1</i>	Gases
	Lanexat 0,5 ml	<i>1</i>	Algodão Hidrófilo
	Narcan	<i>1</i>	Algodão Ortopédico
	Forane		<i>Gel 10 cm</i>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
<i>1</i>	Água destilada 10 ml <i>10 ml</i>		Pastilha de Formol
<i>1</i>	Prostigmine <i>1</i>		Fio Cromado 0 c/ agulha
<i>1</i>	Atropina <i>1</i>		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<i>1</i>	Cefalotina 1g <i>cefalotina</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<i>1</i>	Plasil <i>droga</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22	<i>1</i>	Polycot 0 c/ agulha <i>vermelho 3-0</i>
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	<i>1</i>	<i>3-0 c/ Agulha</i>

Vermelho 4-0 c/ Agulha

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: CURUPATI DE PRAIA Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 26 / 03 / 19

Nome: FRANCISCO CARVALHO GOMES
Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: 36 anos Peso: 69 kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
na: _____

Aparelho Respiratório: _____ Asma: ☒ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

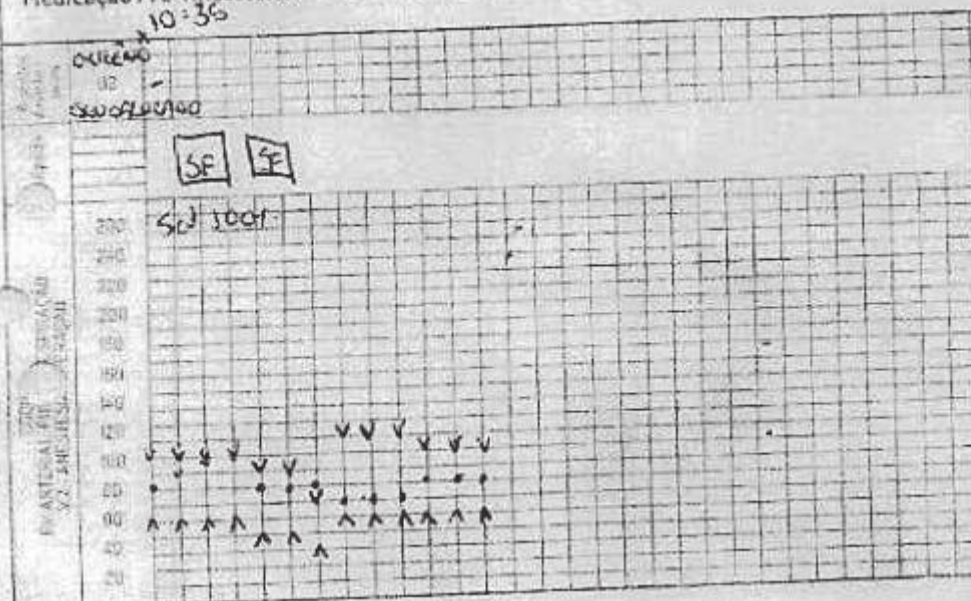
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: _____ Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: _____ Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: 10:30 Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula _____
para o leito sim _____ não _____

Posição do paciente: 90°
Agentes: RODOLFO YMO SUCINATO DE SÓDIO 200 MG Cânula: 3546
Técnica Anestésica: CEFA Operação: Incisão Uvular de Fratura do Zigomaxilar, Nasal e Uvular
Cirurgiões: Dr. CRUPE Anestesistas: Dr. TAVI
Observações: _____

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Enivaldo Gomes

Da Clínica BNF Enfermaria 11
A Clínica Clínica Geral Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)
Paciente vítima de acidente de mob, com politrauma
de face, com sequelas neurológicas há 3 dias. Avaliar
estado de saúde

Data 28/03/19


Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Rever. Luroo vormal

Pedro Augusto Dias Timóteo
Médico CRM-PB 5407 CRM-SUS 7701
CPF 030.278.144-65
CNH 980610004213664

Data / /

Assinatura do Médico Especialista

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Ezequiel Gomes

Da Clínica _____ Enfermaria 11

A Clínica _____ Leito 04

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data ____/____/____

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Idade: 44

Pré-op: quebra da fíbula (acidente de moto)

IPP: Neg

Uso de med: Neg

Alcool: Neg

SA: 40 x 80 mmHg

ECG: Normal

RAI: Sem evid. de DTG

Baixo risco

Data 23 / 03 / 2019

Assinatura do Médico Especialista



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Firmino Ernaldo Gomes

Da Clínica BMF

Enfermaria 11

A Clínica Neuro

Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo):

Recente infarcto de cerebello unilateral e focos múltiplos
de focos e pneumocéptico extenso bilateramente
Solicita avaliação e conduta quanto ao pneumocéptico.

Data 25/03/19

[Assinatura]
Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

NEUROLOGIA

POURMONTADO 1/10/19

Re - aval - conduta e pneumocéptico.

Alta neurologia

At BMF

[Assinatura]
Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

Assinatura do Médico Especialista

Data 25/03/19

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 35896
DATA 20/03/2019 HORA 21:49
MÉDICO ELPIDIO ANDERSON MARQUES XAVIER

PRONTUÁRIO 20474
OPERADOR EALVES

PACIENTE FRANCISCO ERIVALDO GOMES

IDADE 35a Anos

RESUMO CLÍNICO:

Paciente submetido a cirurgia
laparoscópica satisfatória. Evoluiu
bem no hospital.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FEMORAL

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Cirurgia

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

evoluindo satisfatoriamente.
sem intercorrências.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

medicação adequada

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

DESTINO

☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para

NATOS/PB, 28 DE
DR. ELPIDIO A. MARQUES XAVIER
CRM 10.123 - RACIÃO 1234
BIO - N. 1234 - RACIÃO 1234
C.R.

DE 20-19

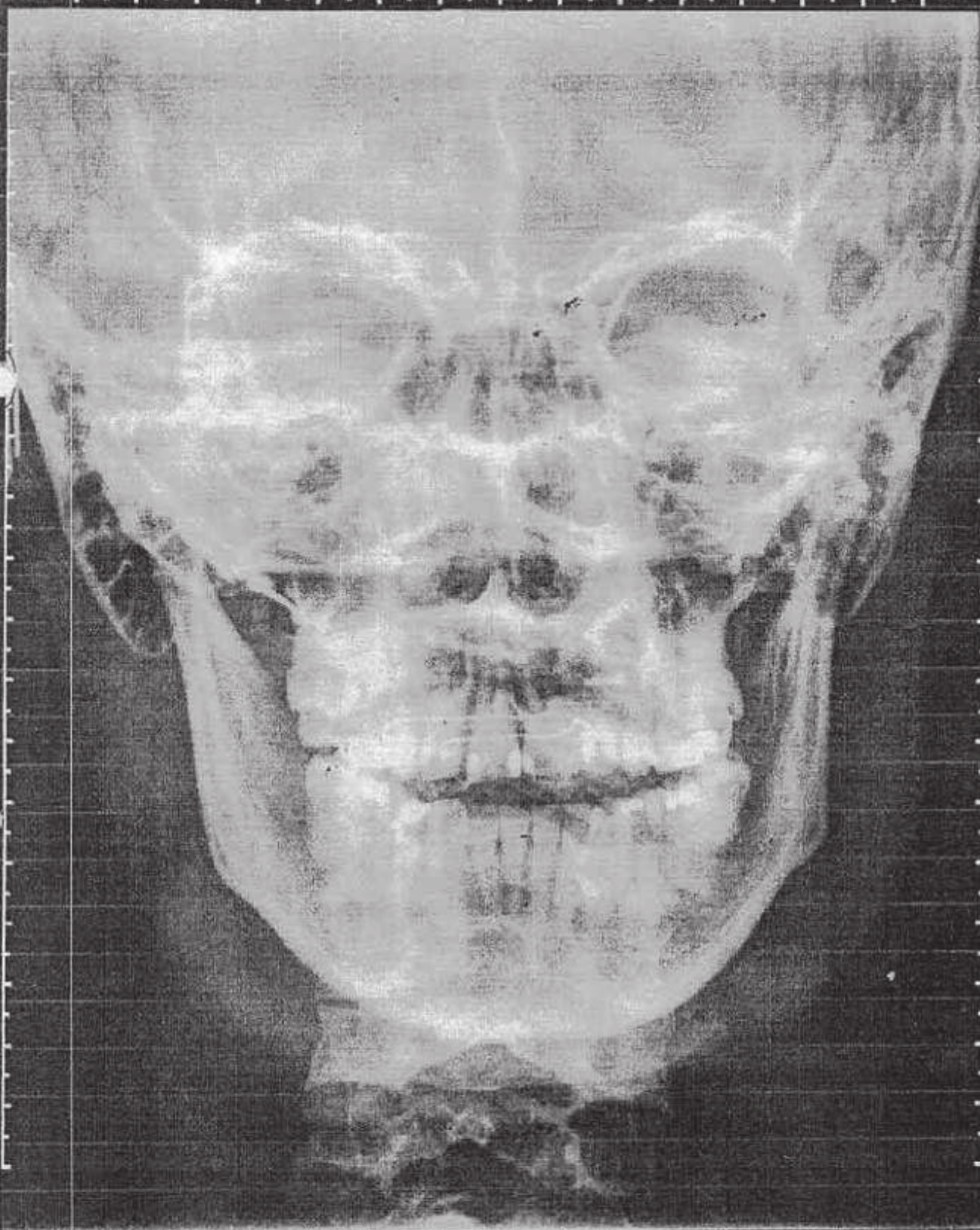
MÉDICO/CRM

Hospital Regional de Patos - RX

000000249563

126 %

El s:122



Selos da Face, Waters (OM) PA

@

26/Mar/2019 18:58:27

000000015715

FRANCISCO ERIVALDO GOMES, , *9/Jul/1983

Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.

Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.

Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:16.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Fraturas cominutivas de seio maxilar, células etmoidais, septo nasal, osso próprio do nariz, arco zigomático direito, palato duro, seio frontal e paredes laterais das órbitas.

Hematoma subgaleal extenso bilateralmente.

Conteúdo espesso em seios maxilares e frontal.

Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Pneumoencéfalo extenso bilateralmente.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Atendimento: 201900254165

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 25/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Múltiplas fraturas na face:

- Mandíbula.
- Arco zigomático bilateral.
- Cone nasal (ossos próprios do nariz)
- Osso frontal com órbitas medial.
- Paredes dos seios maxilares bilateralmente.
- Osso lateral da órbita direita.
- Lâminas cribriformes.

Hemossinus.

Pequeno foco de gás na linha média, podendo corresponder a pneumoencéfalo relacionado ao trauma.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO	
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 927151042	NOME FRANCISCO ERIVALDO GOMES
	DOC. IDENTIDADE / CRLD. EMISSÃO / UF 2770576 SSP/SP
	CPF 052.285.824-44
	DATA NASCIMENTO 09/07/1983
	RELACÃO RAIMUNDO NIVALDO GOMES MARIA DE FATIMA DA SIL VIA GOMES
	PERMISSÃO ACC COT. HAB. A3
	Nº REGISTRO 03112909462
	VALÊNCIA 10/04/2019
	Nº HABILITAÇÃO 02/12/2003
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIVIDADE REMERADA TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS	
Assinatura do Portador 	
LOCAL IRACEMAPOOLIS, SP	DATA EMISSÃO 23/07/2014
Assinatura do Detran 	65389014434 82716649730
DETRAN SP (SAO PAULO)	
MODELO PLASTICA 927151042	

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 11 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL 2019
PROTULULO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS
1ª CÍRCULO DE REGISTRO DE IMÓVEIS DO ESTADO DE PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

PLAÇÃO: ADILSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMITE: 04119219971 VALOR: 20/06/2012 HABITAÇÃO: 14/06/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1424948517

PROBIDO PLASTIFICAR 1424948517

Assinatura do portador: Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL: SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2017

Assinatura do promotor: Carlos Augusto Torres Ribeiro

Assinatura do promotor: 3288488707 8879761306

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIASO FUSCOPED, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 54780000 (A.G. 154)

Urgente MONOFÁSICO
Civ/Soc RES MTC 91 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 7-154-25-3113 Referência Mai/2018
Módelor: 0000987427 Emissão: 13/05/2019

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Centro Administrativo, João Pessoa/PB - CEP 54071-200
CNPJ: 05.035.183/0001-40 - Insc Est: 18.015.629-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.745.417
Cód. para Dig. Automática: 0000026229

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/04/19	3746	12/05/19	3870	31
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
001 Consumo em kWh	108,00	0,947500	102,30	102,30
0031 Ate 5 Amperes	1,12	1,00	1,12	1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0032 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	15,72	0,00	0,00	0,00
0034 JUROS DE MORA (MAY/19)	0,25	0,00	0,00	0,00
0035 MULTA 34/2018	2,63	0,00	0,00	0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423102 **Cidade:** Igaracy **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLAS DA FACE (LE FORT III+II)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Eraldo Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão gente de bem, residente e domiciliado à Rua Pedro Lope Brandeira, nº 511, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58.725.000, portador(a) do Rg nº 222.0546, 1 e CPF nº 052.285.824.44

Outorgado: Wilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Guadalupe Figueiredo, nº 22, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58.720.000, portador (a) do RG nº 5652461, 1 e CPF nº 039.242.064.09

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Eraldo Gomes, ocorrido em 20.1.03.12019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntário, 1

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 26 de junho de 2019

X Francisco Eraldo Gomes
Outorgante

CPF Nº 052.285.824.44

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenti



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234478/19

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

CPF: 052.285.824-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

FRANCISCO ERIVALDO GOMES : 052.285.824-44

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: 11/07/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423102

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERIVALDO 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