



Número: **0802156-63.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO ERIVALDO GOMES (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36203 491	03/11/2020 18:59	<u>Petição</u>	Petição
36203 495	03/11/2020 18:59	<u>2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
36203 953	03/11/2020 18:59	<u>2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_01</u>	Outros Documentos
36203 954	03/11/2020 18:59	<u>2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592298800000034567973>
Número do documento: 20110318592298800000034567973

Num. 36203491 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592397100000034568427>
Número do documento: 20110318592397100000034568427

Num. 36203495 - Pág. 1



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, 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

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**

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

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
	05228582444	Francisco Geraldo Gomez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Francisco Geraldo Gomez	05228582444		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
peão de ferro/motorista	Pedro Iopes Bruxelino	S/N	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
centro	72000	PR	58775 000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
neto.mesquita@hotmail.com	99947152024		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (137) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0634 CONTA: 16027	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider 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

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):
	<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
MORTE	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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíase)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.					

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
			Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: <i>72000-1010/2019</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Francisco Geraldo Gomez</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver): <i>Suelio Moreira Torres</i>
Assinatura do Representante Legal (se houver)		

102/2019





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 Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito.

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

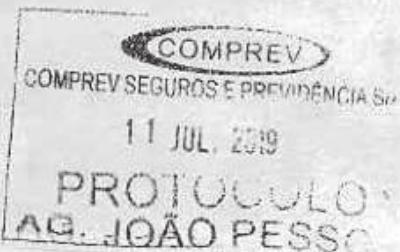
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casado 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 de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das penas 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 colidiu 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.



Itaporanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: Francisco Erivaldo Gomes

Escrivão Plantonista:

FCO. Silveira Rodrigues
ESC. POLICIAIS MILITARES
CREME DE CARATINGA



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data:	ID Ocorrência:	<input checked="" type="checkbox"/> USA 01 <input type="checkbox"/> USA 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 19 : 40 Hs	Hora de Chegada no Local 19 : 50 Hs
20/03/19	27913				

Solicitante:

Paciente / Usuário: <i>Josévaldo Prunho Amico</i>	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRP	Bairro:	Médico Regulador: <i>PRUNHO</i>	

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

Apelo 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

*de Medeiros Pereira Lima
Cirurgião Geral
CRM-PB 0022*

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> CINECO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: <i>HRP / PRUNHO</i> Responsável: <i>PRUNHO</i> Hospital de Destino: <i>HRP / PRUNHO</i> Responsável: <i>MAXIMO</i>
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente motociclistico <input type="checkbox"/> Aeronaveamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input checked="" type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda – Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quals? _____

1 – DADOS VITAIS

P.A: *77 X 100* FC: *87* FR: _____ TEMP: _____ HGT: _____ SpO2 – S/O2: *100* SpO2 C/O2: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Pac. c/ trauma de face, c/ fratura de
naso e de dentes. Esforço f/ sag 2
LII em extensão abd. p/ f/ sag 2
avaliação de Bucorretro.*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: *100% FACH*

Intervenções: *SW + RCP - MEDICACAO*

Evolução do Enfermeiro:

*Este paciente, orientado, vítima de (RCCD) heterotraumática apresentando
fratura nasal e de dentes, c/ dor intensa e alguma face, foi remetido
p/ HEP c/ sucesso.*

Dra. Joana D'Arc F. Rosa
Medida - CRMPE 1026
CRM-PE 1026

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

11 JUL. 2019

2 - VIA AÉREA:

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSABILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crotalino Hemorragia Exsangue Enfisema subcutâneo Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:

Não Sim - Local: *Fra. M.*

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 _____

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 | <input type="checkbox"/> DEA | <input type="checkbox"/> KED Adulto | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas | <input type="checkbox"/> KED Infantil | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input type="checkbox"/> Cânia Otorríngea | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Talas / Tração |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Desfibrilação/ Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotraqueal | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> VMI |
| <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) | <input type="checkbox"/> Função venosa | <input type="checkbox"/> VMN |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAMME + BURRINA + SBC + DIADONA

PERTECES DA VÍTIMA

- Não
 Sim

Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: *W.W.*

Matrícula: _____

ENFERMEIRO (A): *ANNEKA*

COREN: _____

MÉDICO (A): *J.M.P.*

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ 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: 18:40

Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAIR GOMES Idade: 35

Evento: Traumática Clínico Pediátrico Gineco-Obstétrico
 Psiquiátrico Cirúrgico Outros:

Procedência: HCP (Piancó)

Solicitante: Dra. Alice

Destino: HCP (contas)

Contato: Dra. marina

Circunstâncias da Transferência:

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

Baixa oxigenação

Procedimentos realizados no hospital:

Anestesia + enxerto oncolítico

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
	05228582444	Francisco Geraldo Gomez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Francisco Geraldo Gomez	05228582444		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
peão de ferro/motorista	Pedro Iopes Bruxelino	S/N	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
centro	72000	PR	58775 000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
neto.mesquita@hotmail.com	99947152024		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (137) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0634 CONTA: 16027	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider 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

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):
	<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
MORTE	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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíase)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.						

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 72000-1010/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Geraldo Gomez	43 - Assinatura do Procurador (se houver): Edilson Moreira dos Santos
ura do Representante Legal (se houver)		

102/2019





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 Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 969 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito.

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

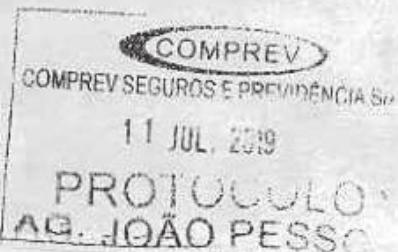
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casado 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 de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das penas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sentido à Fazenda Coruja 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 colidiu 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.



Itaporanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: Francisco Erivaldo Gomes

Escrivão Plantonista:

FCO. Silveira Rodrigues
ESC. POLICIAIS MILITARES
CREME DE CARATINGA



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data:	ID Ocorrência:	<input checked="" type="checkbox"/> USA 01 <input type="checkbox"/> USA 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 19 : 40 Hs	Hora de Chegada no Local 19 : 50 Hs
-------	----------------	---	--	-------------------------------------	--

Solicitante:

Paciente / Usuário: <i>Josévaldo Prunho Amico</i>	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: <i>HRR</i>	Bairro:	Médico Regulador: <i>Coronelos</i>	

Quantidade de Vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de Três:Apelo no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN OutroQTA: 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*de Medeiros Pereira Lima
Cirurgião Geral
CRM-PB 0022**HRR / PATOS*

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

Destino (Unidade Hospitalar)

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> CINECO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: <i>HRR / PATOS</i> Responsável: <i>ALAN</i> Hospital de Destino: <i>HRR / PATOS</i> Responsável: <i>MARCELO</i>
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente motociclistico <input type="checkbox"/> Aeronaveamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input checked="" type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda – Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quals? _____

1 – DADOS VITAIS

P.A: *77 X 100* FC: *87* FR: _____ TEMP: _____ HGT: _____ SpO2 – S/O2: *100* SpO2 C/O2: _____

EVOLUÇÃO MEDICA

*Pac. c/ trauma de face, c/ fratura de
maxilar e de dentes. Esforço f/ sag 2
LII em extensão abd. p/ f/ II. c/ dano
molar do Bucal-molar.*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: *lacerda facial*Intervenções: *lav + ant. medicina*

Evolução do Enfermeiro:

*nte esse suscrito, orientando vitima re (pac.) nutrição e hidratação, apresentando
trombose periorbital e os níveis normais + alguma face, foi remetido
HRR c/ sucesso.*

*Dra. Joana D'Arc F. Ribeiro
Medida - CRM-PB 0022
CREMEPE 1026*

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

11 JUL. 2019

2 - VIA AÉREA:

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSABILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crotalino Hemorragia Exsangue Enfisema subcutâneo Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:

Não Sim - Local: *Fra. M.*

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 _____

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 | <input type="checkbox"/> DEA | <input type="checkbox"/> KED Adulto | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas | <input type="checkbox"/> KED Infantil | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input type="checkbox"/> Câniua Otorríngea | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Talas / Tração |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Desfibrilação/ Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotraqueal | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> VMI |
| <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) | <input type="checkbox"/> Função venosa | <input type="checkbox"/> VMN |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAMME + BURRINA + SBC + DIROANA

PERTECES DA VÍTIMA

- Não
 Sim

Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: *W.W.*

Matrícula: _____

ENFERMEIRO (A): *ANNEKA*

COREN: _____

MÉDICO (A): *JLW*

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____

RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____

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: 18:40

Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAIR GOMES Idade: 35

Evento: Traumática Clínico Pediátrico Gineco-Obstétrico
 Psiquiátrico Cirúrgico Outros:

Procedência: HCP (Piancó)

Solicitante: Dra. Alice

Destino: HCP (contas)

Contato: Dra. marina

Circunstâncias da Transferência:

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

Bloco morto

Procedimentos realizados no hospital:

Anestesia + enxerto oncolítico

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>
Número do documento: 20110318592491700000034568435

Num. 36203953 - Pág. 12



EOLSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUCLIDES FRAGA, 27 - CENTRO
77400-000 / FONE: (65) 221-1441



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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE / CNPJ / RAN
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	029.247.084-05 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5
Canal de contato
AETTE-SE AO MONTAGEM DA VIDA BRASIL Sua marca em

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Lectura	Data	Lectura							
Demonstrativo										
CD	Descrição	Quarteto Tensão	Imp. med. Calt. da Conta (R\$)	Segundo Piso (R\$)	Custo (R\$)	Tributo Tensão (R\$)	Imp. med. EMS	Período (R\$) (0,0716%) (47514)		
0031	Consumo em kWh	188.002	3.847.964	168.50	155.96	27	43.16	-58.68	1.66	7.15
0031	Adic. B Amarelo			1.13	1.13	27	0.32	1.13	0.01	0.05
UNIÃO DOS SERVIÇOS										
0032	CONTRIBUÇÃO EM PÚBLICA			15.72	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0034	JUROS DE MORA 04/2018			0.45	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0035	MULTA 04/2018			2.63	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031859249170000034568435>
Número do documento: 2011031859249170000034568435

Num. 36203953 - Pág. 14



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 61 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 061 109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Françisco Erivaldo Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o N° 052 285 824 44

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Françisco Erivaldo Gomes,

Inscrito (a) no CPF sob o N° 052 285 824 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 Jardim Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>wentor.moreira@live.com.br</u>		CEP: <u>58280 000</u>

Local e Data: Itaporanga 10/07/2019

Wilson Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante

COMPREVE
SEU SEGURO DE PREVIDÊNCIA
11 JUL. 2019
PROTÓCOLO:
AG. JOÃO PESSOA

DIDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031859249170000034568435>
Número do documento: 2011031859249170000034568435

Num. 36203953 - Pág. 15



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Maria de Fátima da Silva Gomes,

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

Órgão SSD.S / PB, portador do CPF nº 432.296.731-91,

com domicílio na cidade de Pedro II/PB, no Estado de

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

Pedro II/PB, nº S/N,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Bernardo Gomes, cujo o condutor era

Francisco Bernardo Gomes.

Veículo: moto Modelo: Honda/Biz 125 ES Ano: 2012

Placa: KOT 17 13 Chassi: 9C2JCK4820CR302175

Data do Acidente: 20/03/2019

Local e Data: Taperoá 04/02/2019

Maria de Fátima da Silva Gomes.

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIASIA
11 JUL 2019
PROTÓCOLO 01
AG. JOÃO PESSOA

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>

Número do documento: 20110318592491700000034568435

Num. 36203953 - Pág. 16

18:00 hrs

50 L \$1.000 re - eu

Tronel + 100 ml 510g re eu

→ Transferido H. R. Patas as
20:00 hs, conduzida pela
USA.

Maria Margarida J. de Caldas
CORE/PR 202004

equipes maiores

feleo 14

feleo 18

Maria Margarida J. de Caldas
Core/PR 202004

apurina and sup. bales EL 1540
11 Serrinha Sul
11 Serrinha São
11 VAD

Maria Margarida J. de Caldas
Core/PR 202004

> Reclama da NOVÉ, apurado ca solo
- Itatiba municipal 321m

SVV
... 11 11 20:00

20/03/19 20:hrs + 22 min

Frociente regulado

para o hospital

Regional de Patos

Esta receberá prof.

Médico Drº Máximo.

Conduzido ok USA

Samu de Rio Preto.

A. Moreira



COMPLEXO HOSPITALAR
MUNICIPAL DE JANDUÍ
JANDUÍ CARMÉLIO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE Estado DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUÍ CARMÉLIO

GOVERNO
ESTADO DA PARAÍBA

SUS 700 7019 9001 2270

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	35096	HORA	21:49	PRONTUÁRIO	20474
DATA	26/03/2019	OPERADOR	EALVES	99962-0365 Kelly	
Ocorrência	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	DR. PIOTTO ANTunes MARQUES XAVIER				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	FRANCISCO ERIVALDO GOMES	IDADE 35a 8m GÊNERO MASCULINO			
FILIAÇÃO I	MARIA DE FÁTIMA DA SILVA GOMES				
FILIAÇÃO II	RATHUNDO NIVALDO GOMES				
CIDADE	IGARACY	PB	58775000		
ENDERECO	RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO SN				
BAIRRO	CENTRO				
MUNICIPALIDADE	IGARACY				
TELEFONE		CELULAR	83999885717		
L.N.S.		IDENTIDADE	2778576		
C.I.P.F.		REG. NAC.			
NASCIMENTO	09/07/1983	COR	PARDO		
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGENTE COMUNITÁRIO		

RESPONSÁVEL: RAIMUNDO NIVALDO GOMES Tel. Resp.: 99...
Assinante (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).
Paciente entrou em acidente de moto, apresentando fratura: multípla de face.

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

Fraturas de face.
Enxaquecimento.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

RX.

TC.

Fraturas multíples de face.

DADOS DA SAÍDA

Data 28/03/2019, Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

Alta Curva Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transf. Evac. Óbito

MÉDICO/CRM



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco Evangelho Gomes		Nº prontuário
Data da Cirurgia 26/03/2019	Enf.	Leito
Cirurgião Dr. Kauê	1º Auxiliar Dr. Elpidio	
Anestesista Dr. Társio	Tipo de Anestesia Geral	
Diagnóstico Pre-Operatório Fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomático direito + OPN		
Tipo de Cirurgia Osteosíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomítico direito + OPN		
Diagnóstico Pós Operatório O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista N.D.N		
Exame Radiológico no Ato N.D.N		
Acidente Durante a Cirurgia N.D.N		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

- 1 Paciente em DOH sob anestesia geral (decúbito dorso horizontal)
- 2 Antissepsia extra e intracanal e aposição dos campos estériles
- 3 Infiltrado com xifo com urea em maxila e zigomítico direito
- 4 Incisão em fundo de riba vestibular em maxila direito + repara orbital direito + subtarsal esquerdo.
- 5 Doblão por planos + descolamento + acesso as fraturas
6. BNIM + redução + osteosíntese de fratura de maxila Le Fort III + II + transversa + zigomítico direito + OPN + sutura por planos + curativo. + TNA



PACIENTE:				
QT.:	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:
		SUS	30 m	20474
CIRURGIA: <i>curvatura cística. dren.</i>		CIRURGÃO: <i>Dra. Kneipp d.d.</i>		
ANESTESIA: <i>Coral.</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Gólio</i>		
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIM:	
	26.03.28	10:05 h	13:45	



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>pe 34</i>
	TX. Monitor Cardio-Respirador	1	Sonda Foley
	TX. de Laser	1	Coletor de Urina <i>757 77 15</i>
	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepon 10 cm
	Halotano <i>100ml 20%</i>	1	Atadura de Crepon 20 cm
	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin	1	Sonda Uretral <i>pe 32</i>
	Pavulon	1	Sonda Nesogástrica
	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg	1	Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%	1	Dreno Sucção
	Inoval	1	Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Espadrapo
	Etodimida	1	Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane	1	Ginter Gesso 10 cm
	Sufenta	1	Vaseline Estéril
	Diazepam	1	Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml <i>10 ml</i>	1	Pastilha de Formol
	Prostigmine <i>50</i>	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina <i>10</i>	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g <i>cetofolina 5g</i>	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil <i>descartável</i>	1	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona	1	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanir 5000 VI	1	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil	1	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável	1	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha <i>Vicryl n. 3-0</i>
	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<i>nylon 3-0 c/ agulha</i>
			<i>nylon 4-0 c/ agulha</i>

FOLHA DE ANESTESIA

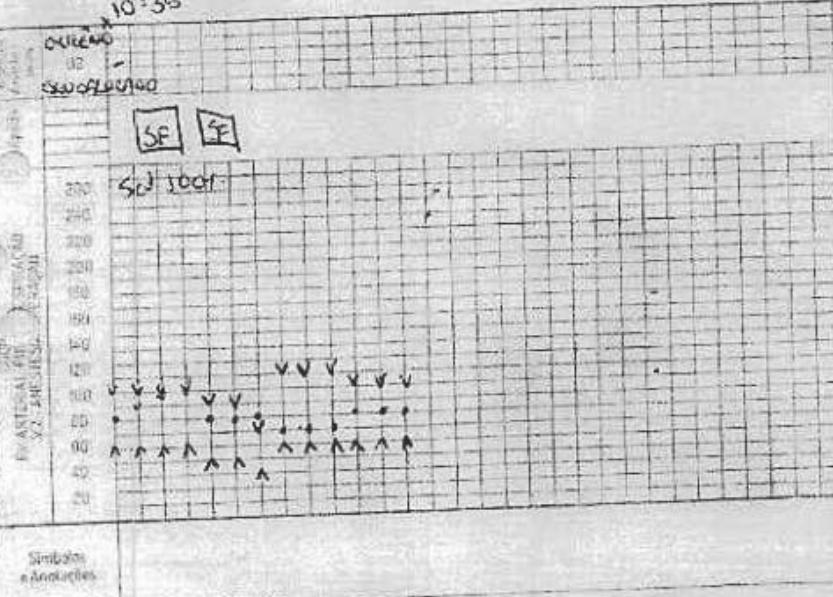
Hospital: CEDERJ - RJ

Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____

Data: 26 / 03 / 19

Nome: <u>François GOUVÊA GOMES</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Idade: <u>36</u>	Peso: <u>69 kg</u>	Altura: _____	Cor: _____
Data Nascimento: _____		Pressão Arterial Pulso: _____		Respiração: _____	
Temperatura: _____	Tipo Sanguíneo: _____	Hemáticas: _____		Hemoglobina: _____	
Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____		Outros: _____	
na: _____		Asma: _____		Bronquite: _____	
aparelho Respiratório: _____		Eletrocardiograma: _____			
Aparelho Circulatório: _____		Ap. Urinário: _____			
Aparelho Digestivo: _____		Dentes: _____	Pecoço: _____	Hipotensores: _____	
Estado Mental: _____	Ataraxicos: _____	Corticoides: _____	Alergia: _____	Risco: _____	
Diagnóstico Pré Operatorio: _____		Estado Físico: _____			
Anestesia Anteriores: _____		Aplicada às: _____		Efeito: _____	
Medicação Pré-Anestésica: <u>10:30</u>					



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: Decúbito dorsal. 10:46
 Agentes: midazolam 4mg suco de laranja gtt propofol 2ml ml extubação Cânula: _____
35mcg
 Técnica: Anestesia geral
 Cirurgiões: Dr. CRUUFF
 Observações: _____

Operação: Inadmissível (migração de fratura do zigomato, nasal e umar)
 Anestesiistas: Dr. Távola



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome	Francisco Enriob Gomes		
Da Clínica	BNF	Enfermaria	11
A Clínica	Clínico Geral	Leito	03

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

paciente vítima de cedimento de mob, com poliomielite da face, com sande metral h/ 3 dm! Ávales mudos de sono!

Data 22/03/19


Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Risco: baixo risco

Pedro Augusto das Timóteo
Médico Clínico Geral CRM-PB-7701
CPF 030.178.154-85
CNH 990010004213664

Data / /


Assinatura do Médico Especialista



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Ezequiel Gomes

Da Clínica _____ Enfermaria 11

A Clínica _____ Leito 01

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: CIRURGIA DA FARIN (ACIDENTE DE TRABALHO)

HPO: Negar

MONOGRAFIAS: Negar

-EXAMEN: Negar

SH: 140 x 80 = 114

EEG: Normal

ICV: SCLF em AT SE.

BEMO KIRK

4996
Assinado no Brasil

Data 03 / 03 / 2019

Assinatura do Médico Especialista



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Francisco Euvaldo 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)

Resente ultima de perolente micturitico e febre ressurgida.
de febre e pneumonicepsis extenso e letalmente
Solicito avaliação e conduto quanto ao pneumonicepsis.

Data 25/03/19


Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

NEUROLOGIA

Possui sintoma HTC neg.

re com - organo e patologias.

Alta neurologia

Abi BMF

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

Data 25/03/19

Assinatura do Médico Especialista



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ
ANTONIO CARLOS

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUÍ Y. CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	35896	PRONTUÁRIO	20474
DATA	20/03/2019	OPERADOR	EALVES
MÉDICO	ELFÍDIO ANDERSON MARQUES XAVIER		
PACIENTE	FRANCISCO ERIVALDO GOMES	IDADE	35a 00

RESUMO CLÍNICO:

Paciente submetido a cirurgia.
explorat. p/ fratura de tibia e perna.
No hospital.

DIAGNÓSTICO:

FRACTURA FÍBULA

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CIRURGIA

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

evolução estável.
não há intercorrências.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

medicamento

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para:

BRASILIA, 2019
DR. ELFÍDIO VIANA
CRM/PB: 1020474
CIRURGIA: TRAUMATOLOGIA
BEM-MARCA CRM-PB

MÉDICO/CRM

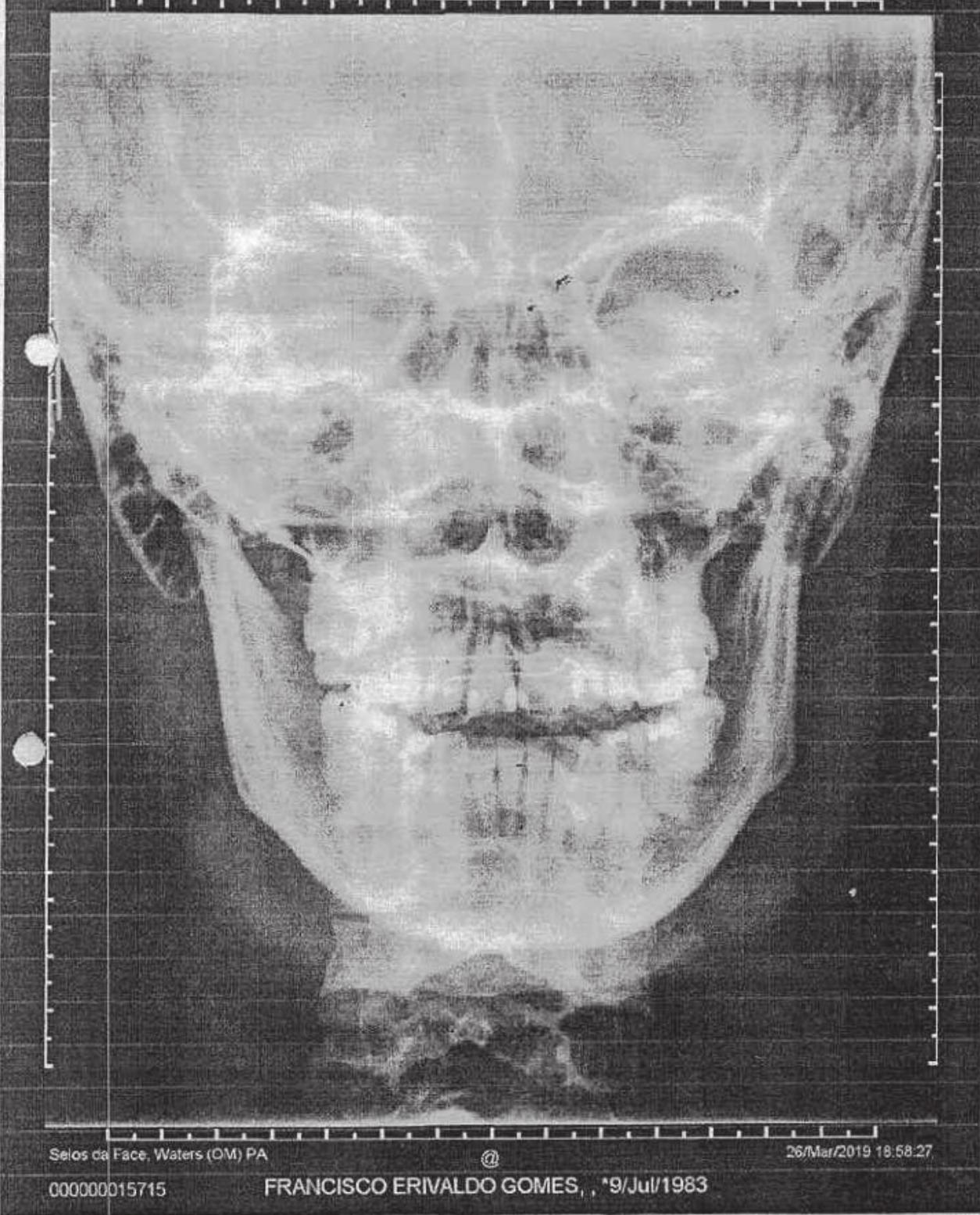


Hospital Regional de Patos - RX

000000249583

125 %

El_s:122



Selos da Face, Waters (OM) PA

@

26/Mar/2019 18:58:27

00000015715

FRANCISCO ERIVALDO GOMES, , *9/Jul/1983



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>
Número do documento: 20110318592491700000034568435

Num. 36203953 - Pág. 27



Atendimento: 201900248911

Idade: 35 anos

Paciente: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Data: 20/03/2019

Data de Nascimento: 09/07/1983

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIOS

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.

Ventriculos 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.

Este laudo foi liberado em 20/03/2019 22:15.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB





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.

Ventriculos 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.

Este laudo foi liberado em 25/03/2019 14:50.


Dr. Lauberto Pereira Rocha Filho
CRM: 521011359





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>
Número do documento: 20110318592491700000034568435

Num. 36203953 - Pág. 31



EOLSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUNÁPOLIS 246 - CENTRO
77400-000 / FONE: (65) 3229-8141

Atendimento ao Cliente ENERGIA 0800 083 0196 | Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Maior 1200,00	12/07/2020	14/08/2020	025-247-054-00

Inc Est. 1971 • 5/20250

Canal de contato: www.movementoacao.org.br | Siga-nos em: [Facebook](#) | [Twitter](#)

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Lerurus	Data	Lerurus							
10/04/13	3745	12/03/13	3325							
Demonstrativo										
CD	Descrição	Quantidade	Unid.	Preço	Unitário	Moeda	VALOR	Período Freq.	Custo	
		Totais	Unid.	VALOR	VALOR			PERÍODO	VALOR	
0031	Consumo em AVT	189.022	0,94790	165,58	165,58	27	43,18	165,58	1,58	7,15
0031	Adic. B. Amarras			1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,05
UNICAMP DSE SERVICOS										
0032	CONTRIBUICAO MENSUAL			15,72	0,00	1	15,72	0,00	0,00	0,00
0034	SUJOS DE MODA 04/07/13			0,43	0,00	1	0,43	0,00	0,00	0,00
0035	MULTA 04/07/13			2,63	0,00	1	2,63	0,00	0,00	0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031859249170000034568435>
Número do documento: 2011031859249170000034568435

Núm. 36203953 - Pág. 32

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB Nº 014481874097 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA: <input type="text"/> CÓD. RENAVAM: <input type="text"/> EXERCÍCIO: <input type="text"/> 0047256444-7 00/00000000 2019			
LACRE 003722439 MARIA DE FÁTIMA DA SILVA GOMES 003722439 CPF / CNPJ: <input type="text"/> PLACA: <input type="text"/> 43729673491 NOI1713/PB PLACA ANTO / UF: <input type="text"/> CHASSI: <input type="text"/> NOVO PB <input type="text"/> 9C2JC4820CR302175			
ESPECIE TIPO : <input type="text"/> COMBUSTÍVEL : <input type="text"/> P&G / MOTONETA / NAO APPLIC ALCO / GASOL		MARCA / MODELO : <input type="text"/> ANO FAB. : <input type="text"/> ANO MOD. : <input type="text"/> HONDA / BIZ 125 ES 2012 2012	
CAP / POT / CIL. : <input type="text"/> CATEGORIA : <input type="text"/> COR PREDOMINANTE : <input type="text"/> 2 P / 124 / CI PARTIC VERMELHA		COTA ÚNICA : <input type="text"/> VENC. COTA ÚNICA : <input type="text"/> VENC / COTAS : <input type="text"/> I P V A FADA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS : <input type="text"/> 2^a 3^a ***** ***** ***** ***** *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO : <input type="text"/> IOP (R\$) : <input type="text"/> PRÊMIO TOTAL (R\$) : <input type="text"/> DATA DE PAGAMENTO : <input type="text"/> ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****		DETRAN (R\$) : <input type="text"/> CUST : <input type="text"/> ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****	
OBSERVAÇÕES : <input type="text"/> RD CAVALCANTI & PRIMO VEIC LTDA			
LOCAL : <input type="text"/> DATA : <input type="text"/> GARACY - PR 11/03/2019		33294  40053	
SEGURADORA LÍDER - DF CNPJ 09.348.406/0001-04			
40053-1113000-20190311			



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 Ermaldo Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão professor de Educação, residente e domiciliado à Rua Pedro Iope Brumelha, nº 518, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep.: 58.725.000, portador(a) do RG nº 222.037.76, /..... e CPF nº 052.285.824.44.

Outorgado: Wilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão motorista, residente e domiciliado(a) à Rua Juazeiro Figueirópolis, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep.: 58.720.000, portador (a) do RG nº 5652.161, /..... 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 Ermaldo Gomes, ocorrido em 20.1.03.12019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *indenização*, /.....

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 Ermaldo Gomes

Outorgante

CPF Nº 052.285.824.44



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticação digital.
Tabelião Substituto: M.F do Socorro Costa Barros
Selo Digital: AIT53302-8551
Emissor: R\$ 9,51 FEPJ R\$ 2,38 FARFEN R\$ 0,29



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234478/19

Vítima: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

CPF: 052.285.824-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>
Número do documento: 20110318592491700000034568435

Num. 36203953 - Pág. 36



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, 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.

PPag. 013333/01334 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14567403



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:25
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592491700000034568435>
Número de documentos: 20110318592491700000034568435

Núm. 36203953 - Pág. 37



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PIANCO/PB

Processo: 08021566320198150261

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ERIVALDO GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592609300000034568436>
Número do documento: 20110318592609300000034568436

Num. 36203954 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PIANCO, 27 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318592609300000034568436>
Número do documento: 20110318592609300000034568436

Num. 36203954 - Pág. 2