



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	Petição	Petição
36203 495	03/11/2020 18:59	2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
36203 953	03/11/2020 18:59	2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_01	Outros Documentos
36203 954	03/11/2020 18:59	2756210_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO



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





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 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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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):

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 POUÇANÇA (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 (ou 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 (ou nascidos)? ☐ 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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

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. 2



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

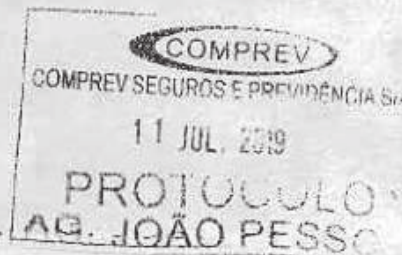
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
de Agente de Admias, 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 motoqueiro, sendo então socorrido por familiares
para o Hospital de Piancó-PB e em seguida removido para o Hospital
Regional de Patos/PB.



Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIAI. MAT. CIVIL
CHEFE DE CARTÓRIO





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	USA U1 <input type="checkbox"/> USA U2	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: FERNANDO BRUNO AMES	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRS	Bairro:	Médico Regulador: CARVALHO	
Quantidade de Vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trota <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> At. no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o Atendimento			
HRS / PATOS		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Manoel Pereira Lima Cirurgião Geral CRM 15.382	

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: HRS / PATOS Responsável: ALAN Hospital de Destino: HRS / PATOS Responsável: MANOEL
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente motociclístico <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input 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:	

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 mandíbula, expulso 2 dentes em acidente de trânsito, com lesão do Búcco-Mandibular.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL

Intervenções: 5300 + 40127 - MEDICAÇÃO

Evolução do Enfermeiro:

REF. 100% CONSCIENTE, ORIENTADO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TRAUMA FACIAL COM AMBOS OS OCHOS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRS COM SUCESSO.

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 - EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS: ☐ Crepitação ☐ Hemipneumotórax ☐ Expiratória ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hilda Filosa

3 - CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS: ☐ Não ☒ Sim - Local: FACE

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

☐ 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
☒ Função venosa
☐ Sonda gástrica

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

Descrição do(s) procedimento(s):

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BORTINA + SRO + DILADORA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos:

Entregues a /Local:

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: WJW

Matrícula:

ENFERMEIRO (A): WJW

COREN:

MÉDICO (A): WJW

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 ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Almeida
Destino: HRP (Catos)
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: _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

05228532444

Francisco Geraldo 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 Geraldo Gomes 6 - CPF: 05228532444
7 - Profissão: pedreiro de pedreiras 8 - Endereço: Pedroso Lopes, Brumadinho
9 - Número: SN 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Guararã
13 - Estado: PB 14 - CEP: 58775-000
15 - E-mail: pedreiro.05228532444@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 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:
☒ 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0634 3 CONTA: 16027 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 (ou 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 (ou nascidos)? ☐ 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 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - 10/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019

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. 7



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

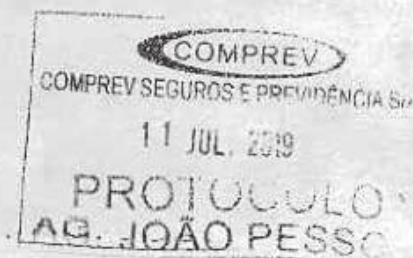
SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

Francisco Erivaldo Gomes, natural da Paraíba-PB, Casa-
de Agente de Admínistrativos, 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 Ceruza 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.



Itaperanga, Pb, 05 / Julho / 2019.

Notificante/Vítima: *Francisco Erivaldo Gomes*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIAI. CIVIL
CHEFE DE CARTÓRIO





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR - USA

Data: 20/03/19	ID Ocorrência: 27913	USA U1 <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: FERNANDO BRUNO AMES	Idade: 35	Sexo: M	Telefone:
Local da Ocorrência / Cidade: HRS	Bairro:	Médico Regulador: CARVALHO	
Quantidade de Vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> At. no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o Atendimento			
HRS / PATOS		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Manoel Pereira Lima Cirurgião Geral CRM 15.382	

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: HRS / PATOS Responsável: ALAN Hospital de Destino: HRS / PATOS Responsável: MANOEL
CAUSAS EXTERNAS Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente motociclístico: <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input 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:	

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 mandíbula, expulso 2 dentes em acidente de trânsito, com lesão do Búcco-Mandibular.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: TRAUMA FACIAL

Intervenções: 3300 + 4000 - MEDICAÇÃO

Evolução do Enfermeiro:

REF. 3300 CONSCIENTE, ORIENTADO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TRAUMA FACIAL COM AMBOS OS OCHOS + TRAUMA FACIAL, FOI TRANSFERIDO P/ HRS COM SUCESSO.

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 - EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS: ☐ Crepitação ☐ Humidificação ☐ Expiratória ☐ Enfisema subcutâneo ☐ 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

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
☒ Função venosa
☐ Sonda gástrica

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

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

TRAPIC + BORTINA + SRO + DILADORA

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a /Local: _____

Assinatura com Carimbo do Recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:

CONDUTOR: WJW

Matrícula: _____

ENFERMEIRO (A): WJW

COREN: _____

MÉDICO (A): WJW

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: 13:40
Nome da Vítima: FRANCISCO ERISMAE GOMES Idade: 35
Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: HRP (Piancó)
Solicitante: Dr. Almeida
Destino: HRP (Catos)
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: _____

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



FRANCISCO ERIVALDO GOMES
RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO, S/N - CENTRO
GARACATUBA - PB CEP: 5875000 (A3: 144)

Ligação: MONOFÁSICO
CNS: REG MTC B1 / RESIDENCIAL - BACIA PENHA
Roteiro: 2 - 148 - 220 - 5180 Referência: Mai 2019
Medidor: 0008522207 Emissão: 05/05/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200, km25 - Cx. Postal 100 - Jd. Povoal PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.985.103/0001-40 - Ins. Est. 18.015.223.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04.395.419
Cód. para Dth. Autenticação: 0091321154-5

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2019 06/05/2019 04/06/2019 062.286.824-44
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 51321154-5

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/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 04/04/18 Leitura: 8001	Data: 06/05/19 Leitura: 8001	1	0	33
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)
0901 Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,207750	6,11	0,00 0	6,11 0,00 0,27
0901 Adc. B. Amortiza		0,02	0,00 0	0,00 0,02 0,00 0,00
0910 Subsídio		11,40	0,00 0	0,00 11,40 0,11 0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0904 JUROS DE MORA 04/2019		0,04	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0905 MULTA 04/2019		0,14	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019		0,00	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0909 CREDITO A COMPENSAR (-) 06/2019		-8,86	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0908 Devolução Subsídio		-10,78	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL: 0,00 0,00 0,00 17,89 0,17 0,78
Tarifa de Tributos: 0,192000

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

Histórico de Consumo (kWh):
140 | 138 | 128 | 130 | 127 | 137 | 153 | 128 | 147 | 139 | 130 | 118
Jan/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19

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

Indicadores de Qualidade - 05/2019 - Paraná

Índice	Limite da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
DISCONTINUIDADE	0,87	0,31	NOMINAL
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	13,74		
DISCONTINUIDADE ANUAL	27,48		
PERDA DE TENSÃO	3,81	1,00	CONTRATADA
PERDA DE TENSÃO TRIMESTRAL	1,22		LINEAR
PERDA DE TENSÃO ANUAL	14,45		LINEAR
PERDA DE TENSÃO	3,81	0,31	LINEAR SUPERIOR
DISCONTINUIDADE	12,73		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Encargos de Dist. de Energia PB	2,05	29,18
Encargos de Energia	2,88	42,82
Encargos de Transmissão	0,31	4,43
Encargos de Distribuição	0,48	6,96
Impostos, Cessão e Encargos	1,15	16,57
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	6,96	100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 24,00)

ATENÇÃO - Sua unidade foi faturada como Banca Renda, tendo um desconto de R\$ 10,78.
- Imóvel de ocupação com acesso ao medidor. Consumo Anual da Média Mensal.

Faturas em atraso

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



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E DE REGISTRO DE IMÓVEIS
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E DE REGISTRO DE IMÓVEIS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

FILIAÇÃO: ADELSON DOS SANTOS
OSNEY RODRIGUES DA SILVA

PROFISSÃO: AGRICULTOR **ESTADO CIVIL: CASADO**

ENDEREÇO: RUA ELIZABETH FERREIRA, 27 - CENTRO
CIDADE: ITAPORAMA - PE CEP: 54521-61

LOCAL: SERRA VALADA, PE **DATA EMISSÃO: 21/06/2019**

ASSINATURA DO REGISTRANTE

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIZABETH FERREIRA, 27 - CENTRO
ITAPORAMA - PE CEP: 54521-61

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, km 25 - Canto Agreste, João Pessoa/PB - CEP 56071-270
CNPJ: 06.905.183/0001-40 - Ins. Est. 18.215.829-0

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	11/04/19	12/05/19		
Leitura	3749	5075		

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo em kWh	108,00	3,94	108,00	3,94	108,00	3,94	108,00
0002	Ativ. B. Amarela	1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,05
0003	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	15,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORFIA 04/2019	0,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 04/2019	2,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPK7TIPO=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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Francisco Beraldo 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>Itapiranga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>neton.moreira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280 000</u>	Tel.(DDD): <u>999441520 24</u>

Local e Data: Itapiranga 10/07/2019

Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

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



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 437 296 734 91,
com domicílio na cidade de Pedra Lapa, Paraíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pedra Lapa Brasileira, nº 5/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 Geraldo 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: Taperoana 04/07/2019

Maria de Fátima da Silva Gomes.
Assinatura do Declarante

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





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E Q

Cnes: 2600331 CNPJ: 08.778.268/0031-86
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPIANO FILHO, 302
CIDADE: PIANCO 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 Sexo: M
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: 55850

AG. JOAO PESS
PRODUC
Num.: 11 JUL 2019
Fone:
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDEN
2208

PESO: _____ PA: _____

Hora Atendimento

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Hora Atendimento:
 Paciente está em apnéia
 de sono, apresentando
 trêmor face. Reflete colisão noturna
 com moto. Glossem 14
 AG: PCR e TSN 2/50pr.
 AD: mt+ provocada e benigna D

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

137: Sun-Glaze, Fleck, incl
a palmar, RHA+.

Regime em **RESULTADOS** free. Sem
with gerixos..

<input type="checkbox"/>	01 - ELETIVO	CARÁTER
<input type="checkbox"/>	02 - URGÊNCIA	
<input type="checkbox"/>	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/>	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
<input type="checkbox"/>	05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES	
<input type="checkbox"/>	06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTOS	
		PROCED

MEDICACÃO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPI

SERVICIOS REALIZA

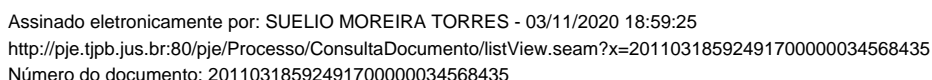
1-	0	3	0	1
2-	0	3	0	1
3-				

Ass. dos Prof. Dr. A. A.

Médico / Crô

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE

X Francisco Rainy
ASS REVISOR TÉCNICO - cadim



18:00 hrs

50L 5.000 ml - EU

Tramadol + 100 ml 510/9% EU

equipos maceros

plco 14

plco 18

Mirza Mojica J. de Cárdenas
MIRZA
CORE 4478 242344

→ Transferência H.R. Patas as
20:00h, conduzida pela
USA.

Mirza Mojica J. de Cárdenas
MIRZA
CORE 4478 242344

aplicar 2ml sup. bolus EL ~~19.40~~
11 Sparniga 5ml
11 Sparniga 10ml
11 AD

Mirza Mojica J. de Cárdenas
MIRZA
CORE 4478 242344

Receita de NOVE, ajustada ca 50L
total inicial 311ml

SVV

11:00 Hrs 20:00

20/03/19 20:hrs e 22
min

Paciente regulando
para o hospital
Regional de Patas.
Será recebido pelo
médico Dr. Máximo.
Conduzido de USA
para de Pimó.

Atelúvia

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUYADO
JANDUHY CARNEIRO

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

GOVERNO
DA PARAIBA

SUS 700 7019 9001 2270

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	3-596	PRONTUÁRIO	20474
DATA	26/03/2019	HORA	21:49
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	ERIDIO ANDRADE NUNES XAVIER		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FRANCISCO ERIVALDO GOMES	IDADE	35a 8m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES		
FILIAÇÃO II	RAIMUNDO NIVALDO GOMES		
CIDADE	IGARACY	UF	PB
ENDERECO	RUA PEDRO LOPES BRASILEIRO SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	IGARACY		
TELEFONE		CELULAR	83999885717
C.N.S.		IDENTIDADE	2778576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	09/07/1983	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGENTE COMUNITARIO

RESPONSÁVEL RAIMUNDO NIVALDO GOMES Ass. Resp. Maria *[assinatura]*

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

*Paciente vítima acidente de moto, apressa-
tando futura: consulta de facc.*

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

*feridas e e de facc.
instalação maxilar*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *RX.
TC. FRATURAS múltipla de facc.*

DADOS DA SAÍDA

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

MOTIVO

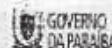
[assinatura] Alta Curativa () Alta Melhorado () Alta a Pedido
Transferência () Evolução () Óbito

MÉDICO/CRM

[assinatura]
MÉDICO
CRM



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Evandro Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>26/03/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Knipper</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Elpidio</u>	
Anestesiista <u>Dr. Távora</u>	Tipo de Anestesia <u>Geral</u>	
Diagnóstico Pre-Operatório <u>Fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático direito + OPN</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Osteossíntese de fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático 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

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

1. Paciente em DDH sob anestesia geral (decúbito dorsal horizontal)
2. Antisepsia extra e intraoral e aplicação dos campos estêreis
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. Direção por planos + deslocamento + acesso as fraturas
6. BNM + redução + osteossíntese de fratura de maxila Le Fort II + II + transversa + zigomático direito + OPN + sutura por planos + curativo + TNA



PACIENTE: <u>Carvalho, Enivaldo Gomes</u>				
QT.: <u>1</u>	LEITO: <u>505</u>	CONVÊNIO: <u>38 w</u>	IDADE: <u>20444</u>	REGISTRO: <u>20444</u>
ORUGIA: <u>ma. cirurgia. dist.</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Kneid</u>		
ANESTESIA: <u>Genel</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Guedes</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>—</u>	DATA: <u>26.03.28</u>	INÍCIO: <u>10:05 h</u>	FIM: <u>13:45</u>	



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 <u>nº 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador	1	Sonda Foley
	TX. de Laser	1	Coletor de Urina <u>17 x 15</u>
	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 Crepom 10 cm
	Halotano <u>piratol 20ml</u>	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin	1	Sonda Uretral <u>nº 32</u>
	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
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane	1	<u>Gelo 10 cm</u>
	Sufenta	1	Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml <u>18 x 1</u>	1	Pastilha de Formol
	Prostigmine <u>1</u>	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina <u>1</u>	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g <u>cefalotina 19 g</u>	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil <u>disetion</u>	1	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona	1	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil	1	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável	1	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha <u>visaf n. 3.0</u>
	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	<u>nylon 3-0 c/ Agulha</u>
			<u>nylon 4-0 c/ Agulha</u>



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: CLINICA DE PNEUM Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 26 / 03 / 19

Nome: FERNANDO GABRIEL CORREIA
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: _____

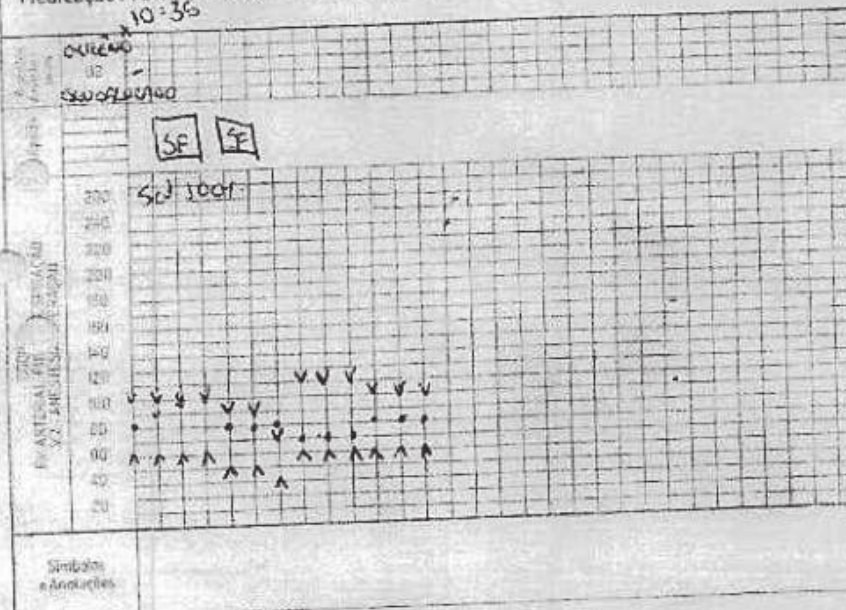
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: _____ Ataxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

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

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: 10-36 Aplicada às: _____ Efeito: _____



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

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

DESPERTAR
Reflexos na 50 _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição DEBILITADO DOORAL 10-36
Agentes: PROPOFOL 2% 100mg ROXIDOL 200mg Cânula: 35ml
Técnica: ANESTESIA GERAL Operação: Incisão da pele e fratura do zigomaxilar, nariz e maxila
Cirurgiões: Dr. CARLIPP Anestesiistas: Dr. TAVES
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 fratura maxilar há 3 dias. Avaliar
uma de fratura

Data 28/03/19


Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Revisar exames realizados


Pedro Augusto Dias Timolho
Médico CRM-PE 540 CRM-PA 7701
CPF 030.278.11-435
CNH 960616004213664

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: 34 a

PRÉ-OP: CISSURIA DA FASE (ACIDENTE DE TRAFICANTE)

PRO: Negativo

EXAMES: Negativo

EXAMES: Negativo

EX: 40 x 80 mmHg

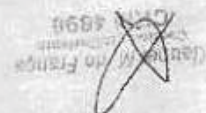
ECG: Normal

REN: Sem lesão

Bruno Kuro

Data 23 / 03 / 2019

Assinatura do Médico Especialista





REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Franisco Ernaldo Gomes

Da Clínica BHF

Enfermaria 11

A Clínica Neuro

Leito 01

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

Requerente a firma de ceratite hipertrófica e fístulas múltiplas
de face e pneumocélelo extenso bilateralmente
Solicita avaliação e conduta quanto ao pneumocélelo.

Data 25/03/19

[Assinatura]
Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

NEUROLOGIA

POLIMIOCLINIA (+) C. M. S. G.

Requerente - ceratite e fístulas múltiplas

Alta neurológica

At BHF

[Assinatura]
Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

Data 25/03/19

Assinatura do Médico Especialista



RESUMO DE ALTA

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

PRONTUÁRIO 20474
OPERADOR EALVES

PACIENTE FRANCISCO ERIVALDO GOMES

IDADE 350 Anos

RESUMO CLÍNICO:

Paciente submetido a cirurgia
laparoscópica rotifotomica. Evolu-
ção satisfatória.

DIAGNÓSTICO:

FAHITOMIA FICINL

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Cirurgia

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

evolução satisfatória.
sem intercorrências.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Unidade local

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

DESTINO

☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para

DADOS/PB, 28 DE

ELÍDIO ANDERSON MARQUES XAVIER

Cirurgião - FALCÃO/ODONTOLOGIA

CPF: 000.000.000-00

CRM: 000.000.000-00

MÉDICO/CRM

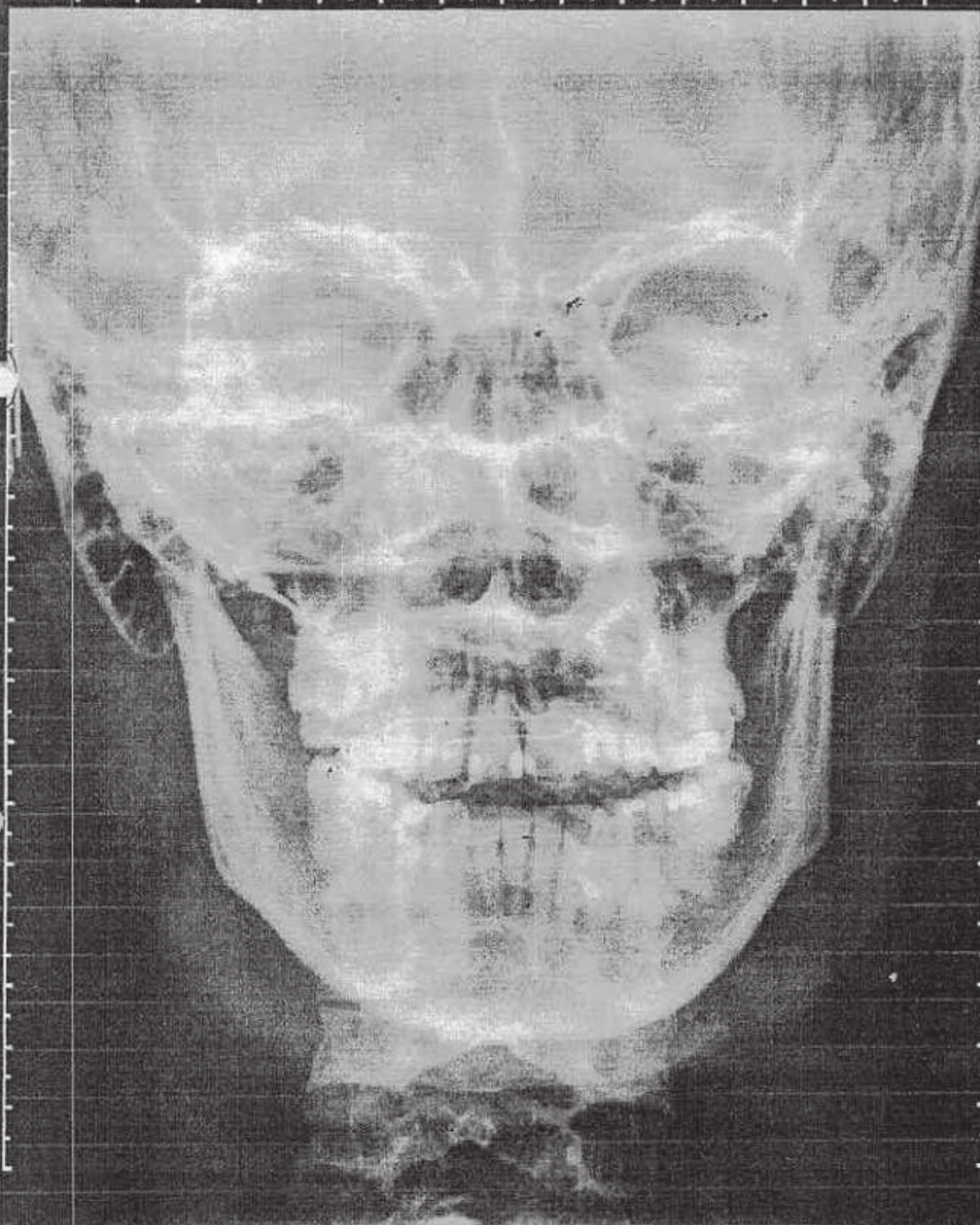


Hospital Regional de Patos - RX

000000249583

125 %

El 5:122



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.

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.
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.

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

Dr. Lauberto Pereira Rocha Filho
CRM: 521011359



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO / UF: 2770576 SSP/SP

CPF: 032.285.824-44 DATA NASCIMENTO: 09/07/1983

PRONOME: RAIMUNDO NIVALDO GOMES

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA GOMES

PERMISSÃO: [] ACY: [] COT. HAB: AE

UF RESIDÊNCIA: 03112909469 VIGÊNCIA: 10/04/2019 PP HABILITAÇÃO: 02/12/2003

OBSERVAÇÕES:
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA
TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS

Francisco Erivaldo Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: IRACEMAPOOLIS, SP DATA EMISSÃO: 23/07/2014

regista
NÚM. TÍTULO DE CÔNICA: 45589014434
NÚM. TÍTULO DE CÔNICA: 27716649730

DETRAN - SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
927151042

PROTEÇÃO PLÁSTICA
927151042

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



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

REPUBLICA ALTERNATIVA DO BRASIL
INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA
E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

PLACAO ADELSON DOS SANTOS
OSNEY RODRIGUES DA SILVA

PERMITE **RECEBER** **DATA EMISSÃO**
04119219971 20/06/2019 14/06/2019

Observações

Assinatura do titular

LOCAL **DATA EMISSÃO**
SERRA VALADA, PE 21/06/2019

Assinatura do titular

Assinatura do titular

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELIADIO FERREIRA, 27 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 54760-000 (A.D. 154)

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, km 25 - Canto Agreste, Jussara, Paraná / PR - CEP 83071-270
CNPJ: 06.905.183/0001-40 - Ins. Est. 18.215.829-0

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

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

UC (Unidade Consumidora) 5/28252-5

Canal de contato

Atente-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	11/04/19	12/05/19	12/05/19	01
Leitura	3749	3749	3749	01

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo em kWh	108,00	3,94	108,00	3,94	108,00	3,94	108,00
0002	Adic. B. Amarela	1,13	1,08	1,13	1,08	1,13	1,08	1,13
0003	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	15,72	0,00	15,72	0,00	15,72	0,00	15,72
0004	JUROS DE MORFIA 04/2019	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25
0005	MULTA 04/2019	2,53	0,00	2,53	0,00	2,53	0,00	2,53



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014481874097	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	ANEXO	EXERCÍCIO
1	0047256444-7	00/00000000	2019
NOME			
MARIA DE FATIMA DA SILVA GOMES			
CPF / CNPJ		PLACA	
43729673491		NOI1713/PB	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
NOVO PB		9C2JC4820CR302175	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES		2012 2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
IPV A *****	00/00/0000	1º 2º 3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IDF (R\$)	
***** SEGURO		P A G O	
OBSERVAÇÕES		DATA DE PAGAMENTO	
RD CAVALCANTI & PRIMO VEIC LTDA		07/03/2019	
LOCAL		DATA	
IGARACY-PB		11/03/2019	
33294		40053	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 014481874097		BILHETE DE S	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VASO DE INFORMAÇÕES GERAIS DO COBERTO			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	
1	43729673491	2019 11	
RENAVAM	MARCA / MODELO	CHASSI	
0047256447	HONDA/BIZ 125 ES	9C2JC4820CR302175	
ANO FAB.	CIL. / POT.	COR PREDOMINANTE	
2012	9	VERMELHA	
PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO BILHETE	
FNE (R\$) *****		IDF (R\$) *****	
COSTO DO BILHETE (R\$) *****		IDF (R\$) *****	
PAGAMENTO		TOTAL	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
07/		P A	
SEGURADORA LÍDER - DE			
CNPJ 08.348.608/0001-04			
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 Eraldo Gomes, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua Benedito de Almeida, nº 511, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.225.000, portador(a) do Rg nº 242.0576, 1 e CPF nº 052.285.824-44.

Outorgado: Suelio Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Guilherme Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.225.000, portador(a) do RG nº 242.0576, 1 e CPF nº 039.242.064-09, 5652161.

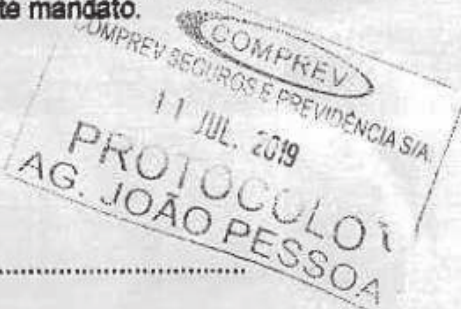
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Eraldo Gomes, ocorrido em 20.1.03.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ERIVALDO GOMES

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





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.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14567403

Pag. 01333/01334 - carta_01 - INVALIDEZ





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



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 Excelência, 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

