



Número: **0801059-93.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37466 347	04/12/2020 09:33	2769250_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Nº Sinistro: **3180345622**

Vítima: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180345622**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13154638

Pag. 01065/01066 - carta_01 - INVALIDEZ

00020533



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Nº Sinistro: **3180345622**

Vítima: **ZILDA PEREIRA BARROS GOMES**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180345622**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01125/01126 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13212414



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sinistro: 3180345622

Vítima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Data do Acidente: 02/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180345622** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00575/00576 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13251869



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Carta nº 13339936

A/C: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180345622 ASL-0274355/18
Vitima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
Data Acidente: 02/05/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00359/00360 - carta_25 - INVALIDEZ





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

037.021.304-11

Nome completo da vítima

Zilda Perina Bares Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Zilda Perina Bares Gomes		CPF titular da conta	037.021.304-11	Profissão	Dir. Serviço Gerais	
Endereço	Rua Dr. José Vicente Leite		Número	36	Complemento		
Bairro	São Francisco	Cidade	Capangaras	Estado	Pernambuco	CEP	58.900-000
Email	unacduatcz@hotmail.com		Telefone (DDD)	(83)	99813-1266		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

040

D/V

CONTA

NRO.

038950

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Capangaras, 05 de setembro de 2018

Local e Data

11 SET. 2018

Zilda Perina Bares Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018





11 SET. 2018

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAJAZEIRAS
DATA: 05/09/2018 HORA: 09:39:47
TERMINAL: 00401219 CONTROLE: 004012190206

AGÊNCIA: 0040 - CAJAZEIRAS
CONTA: 013.00038950-1
CLIENTE: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
28/08	

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

11 SET. 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

037.021.304-11

Nome completo da vítima

Zilda Pereira Barros Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Zilda Pereira Barros Gomes		CPF titular da conta 037.021.304-11	Profissão Aux. Serviços Gerais
Endereço Rua Dr. José Vicente Leite		Número 36	Complemento
Bairro São Francisco	Cidade Cajazeiras	Estado Paraná	CEP 58.900-000
Email unoadm243@hotmail.com			Telefone (DDD) (83) 99813-1266

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: NRO:		BANCO Nome: NRO:	
AGÊNCIA NRO: D/V:	AGÊNCIA NRO: D/V:	AGÊNCIA NRO: D/V:	AGÊNCIA NRO: D/V:
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cajazeiras, 17 de julho de 2018
Local e Data

Zilda Pereira Barros Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Zilda Pereira Barros Gomes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018





27 JUL. 2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180345622
Nome do(a) Examinado(a): Zilda Pereira Barros Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Tv Dr Jose Vicente Leite, 36
Centro Cajazeiras PB CEP: 58900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2151107
Data local do acidente: [02/05/2018]
Data local do exame: [31/08/2018] Cajazeiras [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/05/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA COM USO DE PLACA EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/05/2018, RECEBEU ALTA APÓS 5 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO E DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO
Data da Alta: 15/05/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50°, COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM, SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO MODERADA E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ Sim ☐ Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50° COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM
SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:33:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409330511800000035747843>

Número do documento: 20120409330511800000035747843



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 328/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 02.05.2018 HORÁRIO: 09H00 APROXIMADAMENTE
Data de notícia do fato a Depol: 08.05.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA.



NOTIFICANTE: FABIANO DA SILVA ALVES, brasileiro (a), natural de Cajazeiras -PB, aux. Serviços gerais, nascido (a) em 22.10.1986, união estável, filho (a) de José Alves da Silva e Ilzete da Silva Alves, residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB. RG 4.203.758 SSP PB

VÍTIMA: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, brasileira, união estável, nascida em 05.10.1972, natural de Cajazeiras-PB, filho de Bernardo Barros de Souza e Berenice Pereira de Barros, residente a residente na Rua Travessa Dr. José Vicente Leite, 36, bairro São Francisco - Cajazeiras - PB.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE em 02.05.2018, por volta das 09h00 aproximadamente, a vítima ZILDA PEREIRA BARROS GOMES, conduzia o veículo HONDA/CG125 FAN KS, VERMELHA, ANO FAB/MOD 2009/2010, PLACA NQE6780/PB, CHASSI 9C2JC4110AR548107, RENAVAL 0018408536-5, MATRICULADA EM NOME DE IRANILDO BEZERRA DA SILVA TRAFEGAVA NA RUA PROFETA JOAO ALVES, QUANDO PASSOU SOBRE UM BURACO NO ASFALTO, VINDO A PERCER O CONTROLE E A CAIR; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS - HRC, QUE SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, SENDO NECESSÁRIO INTERVENÇÃO CIRURGICA, A QUAL SERÁ REALIZADA, E TRAUMAS PELO CORPO. DIANTE DESTE FATO VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 08 de MAIO de 2018.

X *Fabiano da Silva Alves*

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

27 JUL. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Zilda Pereira Barros Gomes

CPF da Vítima

037.023.304-11

Data do Acidente

02/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

luis.dpvat@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83) 984155835

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Pagazines-17 de Julho de 2018
Local e Data

Zilda Pereira Barros Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018



**SAMU
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA _____ / USB ☒

DATA: 02/07/18	HORA: 10:00	OCORRÊNCIA Nº: 7140	PACIENTE / USUÁRIO: Suelio Moreira Gomes	IDADE: 46	SEXO: ☐ MASC. ☒ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua - Ladeira da Graça (Vila)		BAIRRO: Centro	MÉDICO REGULADOR: R. S. S. S.		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE / PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:					
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HEC RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SF + Sinais + Remédios

27 JUL. 2018

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm/PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 10x80 FC: FR: 86 TEMP: °C - GLICEMIA mg/dl - E. Com a: SpO2s/02: So02c/02 93

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação Verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Deambulação Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído
☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA	☐ Disreflexia Autônoma	☒ Dor Aguda	☐ Hipertermia	☐ Hipotermia	☐ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância à Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Padrão Respiratório Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz	☐ Termorregulação Ineficaz	☐ Troca de Gases Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
☐ Volume de Líquidos Deficientes	☐ Volume Excessivo de Líquidos	☐ Náusea	☐ Retenção Urinária	☐ Percepção Sensorial Perturbada	☐ Percepção Social Prejudicada
☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação	☐ Outros:		

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Vitima de queda de altura, refere dor intensa em região do dorso. Removida para HEC



VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ PÉRVIAS ☐ RESP. RUIDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☒ EUPNÉIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ APNÉIA	EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES ☒ NORMAL ☐ DIMINUÍDO ☐ D ☐ E ☐ AUSENTE ☐ D ☐ E ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACICEZ	PULSO ☒ NORMAL ☐ FINO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRÍTMICO ☐ AUSENTE PERFUSÃO ☒ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA ☐ RINORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRAGIA ☐ D ☐ E ☐ RINORRÉIA ☐ D ☐ E ☐ OTORRÉIA ☐ D ☐ E PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRIASE ☐ FOTORREAGENTES ☐ NÃO FOTORREAGENTES ☐ ANISOCORIA ☐ D ☐ E

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

Protocolo

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

27 JUL. 2018

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): *Lucia Robin* COREN: *251855* MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *Isabelo* COREN: _____ MAT.: _____

CONDUCTOR: *Sereima* MAT.: _____



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 005.422.485



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-400
CNPJ 09.095.193 / 0001-60 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
TRAV DR JOSE VICENTE LEITE 36
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/205080-5

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

23/04/2018

CONSUMO

128

VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 88,69



DETALHES AQUI

Acesse: www.energisa.com.br

ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Roteiro: 13-212-185-3680

83640000000-3 88690054000-8 02050802018-5 04700212019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
30/04/2018	R\$ 88,69	205080-2018- 04-7



27 JUL. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leavina Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 20087721400 data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Rodolfo de Plencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capangaras</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-12-66 / 99415-58-35 / 98190-85-27</u>
E-mail	<u>Verandafuata@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

27 JUL. 2018

Local e Data: Capangaras - PB 12/06/2018.

Assinatura do Declarante: Leavina Evelyn Araújo Ferreira



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Modelo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 008.006.544



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50871-680
CNPJ 09.095.103 / 0001-40 Ins. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

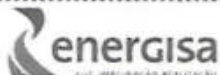
MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2018	15/06/2018	220	22/06/2018	R\$ 183,56

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/06/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/06/2018	R\$ 183,56	80691-2018-06-6

27 JUL 2018



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Zilda Pereira Barros Gomes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 037.021.304 / 11 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Zilda Pereira Barros Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.021.304 / 11, 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		Número	Complemento
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR		331	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	CAJAZEIRAS	PARAIBA	58900-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
veraspdpvatcz@hotmail.com	(83) 99813 1266	(83) 99415 5835	

CAJAZEIRAS -PB, 26 de julho de 2018
Local e Data

Larissa Evelyn Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante

DLDR01 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Iranildo Bezerra da Silva
 portador do RG: 273681382, data de expedição 14/10/2013
 órgão expedidor Detran / PB, CPF: 11791.054.908-66
 com domicílio na cidade de Cajazeiras, no estado de Paraná
 onde resido na Trav. Dr. José Vicente Wente
 número 36, complemento 205 Francisco
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Zilda Pereira Baurios Gomes
 cujo condutor era Zilda Pereira Baurios Gomes
 VEÍCULO: Nonda CG 125 FAN KS
 ANO: 2009
 MODELO: 2010
 PLACAS: NBE6780 / PB
 CHASSI: 9C2JC4110AR543107
 DATA DO ACIDENTE: 02 / 05 / 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018

Cajazeiras - PB 26/07/2018
 Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0020-23

ENDEREÇO: TABELÃO ANTONIO HOLANDA, SN

MUNICÍPIO: CALAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE

NOME: Zilda Pereira Gomes SEXO: F IDADE: 46

PROFISSÃO: Doméstica DOCUMENTO:

ENDEREÇO: Rua Vinte e Um de Abril, 100

MUNICÍPIO: Calazé ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 5303301 CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 05/07/72 DATA DO ATENDIMENTO: 02/05/18

SSV

PESO: ALTURA: TEMP:

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Atividade moderada (344)
com dor o abdome em pedras

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Infusão de 01 amp + 02 500 (09:50)
2. Duoden. 01 Amp + 02 500
3. Duoden. 01 Amp + 02 500
4. Duoden. 01 Amp + 02 500

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☒ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Dole abdominal
confusão

DIAGNÓSTICO:

Doença do pâncreo

CID-10

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA
☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OBITO
☒ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-101310110161010101
2-101310110161010101
3-101310110161010101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

Dr. Patrícia Mendonça
Osteopata e Terapeuta
Fisioterapeuta
CNPJ: 08.778.268/0020-23

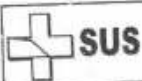
CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC. ☐FEM. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

27 JUL. 2018





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Nome Erl da Rosa Gomes N.º 1

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 16101717181812515110101018

Data Nascimento 05 / 10 / 1972 Residente à (Rua, Av.) Travessa Vi-

cente Beito, 36 N.º 36 Bairro São Francisco

Cidade Cajazeiras UF PB Segurado ou Dependente Fale-

cido Grau Parentesco namorada

no qual dou fé

Cajazeiras, 02 / 07 / 2018

Grazela
Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gráfica REAL (83) 3531-2442

27 JUL. 2018



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: E. da Perse Filho de: Benedito
e de Benedita Benedita de Souza
Residência: Imperatriz Leopoldo Costa Idade: 45
Cor: Preta Sexo: Feminino Estado Civil: Desquitada
Naturalidade: Paraíba Profissão: Trabalha
Internado em 02 de Junho de 2018

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

- Acidente de trabalho (STC) com dor
na mão e incapacidade funcional em Joelho

①

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

27 JUL. 2018

Diagnóstico:

Fratura do pl. 5 fibia ①

Dr. Palmirino Mendonça
Ortopedia e Traumatologia

Gráfica SDAAL (83) 3311-2442





Estado da Paraíba
Hospital Regional

PREScrição Médica

Idade: 3 Cor: BR Enfermaria: 11 Leito: 4 Categoria: 1

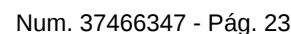
Idade: 3 Cor: BR Enfermaria: 11 Leito: 4 Categoria: 1

Idade: 3 Cor: BR Enfermaria: 11 Leito: 4 Categoria: 1

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
07/10	Duba Luvus SRL 1000ml EV	09:30	Paciente em Pre-operatório para Diga. Agn. de P. B.
10/3	Diga. Agn. (2.8).	18:24.00	Diga. Agn. de P. B.
11/8	DD EV 36/60w	22:10	Diga. Agn. de P. B.
11/8	Labal 100-8 + ABD	09:33	LD - Analgesia
5/1	EV de 12/12w + ABD	22:10	
5/1	Transd 100-8 + 100-8	22:10	
5/1	+ 5F019/1 EV x 12/12w	06	
5/1	Quimioterapia 300mg		
5/1	+ ABD EV 1x2w	10 FALTA	
5/1	Clonidine 0.4mg 5x1x1		
5/1	Saram V. B. 1x1		
10/10	Navegadora 8w - 10w	10:30	
10/10	pr		

27 JUL. 2018

727
N. GREEN
A. J. JONES
A. J. JONES
A. J. JONES





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Zilda Pereira Idade _____ Enf. _____ Leito _____

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
08/05/18	08h00	Paciente admi. hipotensão, hipocócata, agitação, repouso fortuoso, segue aos cuidados da equipe HRC.	36.5	78	20	120x80
	19h00	Iniciada 1ª bolsa de concentrado de hemácias Dt, 291ml, bolsa num. 604230 33498				
	13h00	2ª bolsa de Concentrado de hemácias -				
	18h00	SSV - HRC	36	78	18	110x80
09/05/18	8:00	SSV	36	78	20	110x80
		Paciente calma, consciente, verbalizando. Oscila dieta. Eliminações presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.				
10/05/18	08:00	SSV	36.5	80	20	120x80
		Paciente consciente orientada, verbalizando, nestes ao lado, oscila dieta, eliminações presentes e normais. Segue aos cuidados da equipe.				
	19:00	SSV	36.5	79	20	120x80

27 JUL. 2018

UFPA IDEAL (83) 3531-2442



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Zilda Pereira Enf.: 243 Leito: 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
08-03		Paciente admitida em pré-operatório. Em ECG, comecou a orientada, sentada no leito, respirando e afobado. Deita de lado. Sono e repouso preservados. Eliminação fisiológica preservada. Nega DM e sendo HIAS. No momento sem queixas. Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802
09-03		Paciente inclui consciência, orientada, afobado, eupneico, normotens, oriclério, aceto deito - sono repouso preservado. Segue o Condado Jo.
10-05-18	18:00	Paciente inclui consciência, orientada, verbalizando, sentada ao leito, afobado, normotens, normocardia, sono e repouso preservados, aceto deito, eliminação fisiológica preservada (CU), segue em uso de AUP da cidade da equipe. Thaís Felício Copa 486-235
12-05-18		Paciente inclui em bom estado, eupneico, afobado, aceto deito. Eliminação fisiológica preservada. Nega DM sendo HIAS. No momento sem queixas. Prescrita alta hospitalar para o dia 11-05-18. Mas só saiu no dia de hoje 12-05-18. Antonia A. Pinheiro Enfermeira COREN 0765802

27 JUL. 2018





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.

Nome: Leide Pereira Enf.: 145 Leito: 05

DATA	HORA	
21.05.18		Paciente admitido neste setor para tratamento cirúrgico. Exame físico: consciente, afável, eliminação de urina: normal. Peso 65 kg.
22.05.18		Paciente em pré-operatório, em sala de espera, com monitorização de sinais vitais, oximetria de pulso, glicemia capilar. Às 14h30, realizada a cirurgia. Anestesia geral. Tempo de cirurgia: 3h45. Pós-operatório em UTI. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
23.05.18	12:00	Exame físico: consciente, orientado, calmo, hidratado, normotérmico. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
24.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
25.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
26.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
27.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
28.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
29.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.
30.05.18	12:00	Paciente consciente, orientada, hidratada, normotérmica. Sinais vitais: TA 120/80, FC 95, FR 18, SpO2 98%. Sem alterações.

Antonia A. Pinheiro
Enfermeira
COREN: 0765802

27 JUL. 2018

Antonia A. Pinheiro
Enfermeira
COREN: 0765802



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	N° PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Zilzo Pereira Gomes</u>			IDADE <u>46 A</u>	SEXO <u>F</u>	COR	
DATA <u>09/05/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>140x80</u>	PULSO <u>88</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA			
ESTADO VENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO			
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO		
LIQUIDO						Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____		
						Laringo Espasmo: _____ Lenta. _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						MANUTENÇÃO		
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
						Não Por Que _____		
						DESPERTAR		
						Reflexos na SO _____		
						Obstr.: _____ CO _____ Excit.: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						Com Cânula _____		
						Para o Leite: Sim _____ Não _____		
						CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	A. 91 B. 10 C. 5					CÂNULAS		
ANOTAÇÕES								
AGENTES	A. Moraes - O1 B. Bernardino Pereira - 20 C. Mendes - 5							
TÉCNICA	Respiratório Profundo com uso de máscara facial, O2 e F							
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES	Raimundo							
ANESTESISTAS	A. Pereira Filho Médico - Anestesiologista CRM/PB 6597							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:33:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409330511800000035747843>

Número do documento: 20120409330511800000035747843

Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L40 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:08 AM
5/2/2018



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: 5-200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:08 AM
5/2/2018

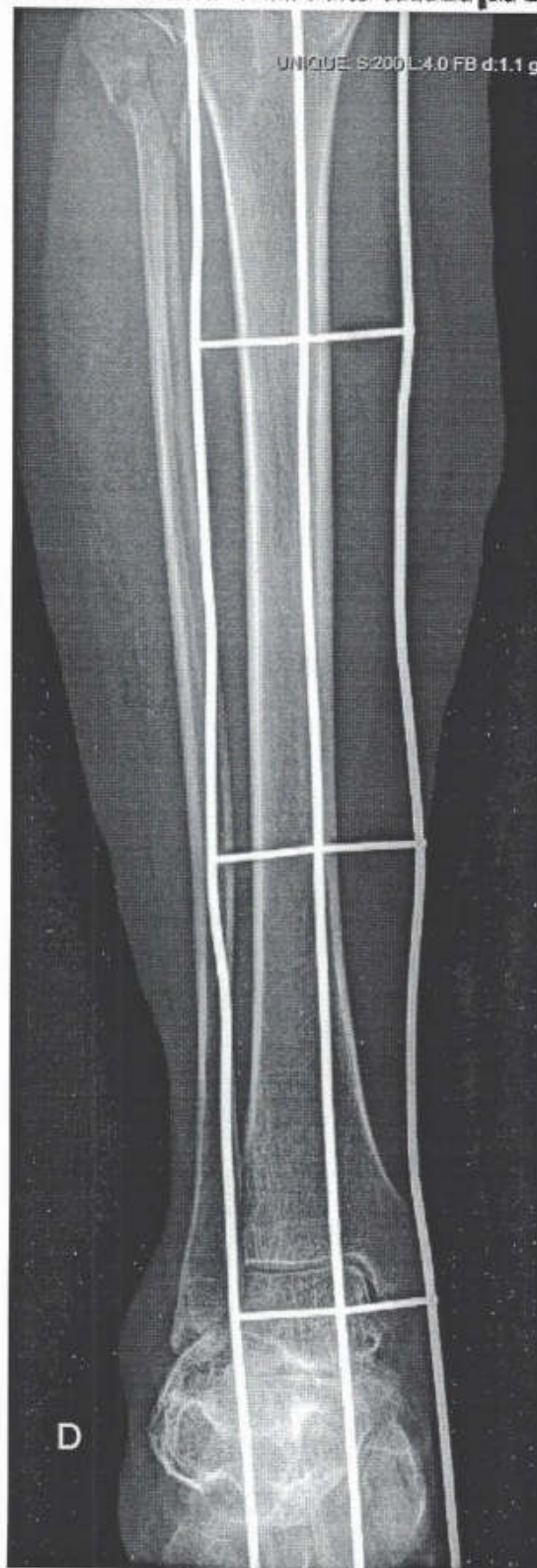


Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES
20180502-47
F 10/5/1972
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
Zoom 100%

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2.25 sb:4.92 sq:1 nr:0 dc:3.2 ...



27 JUL. 2018

SID mm

11:05 AM
5/2/2018



Not intended for official interpretation.

ZILDA PEREIRA GOMES

20180502-47

F: 10/5/1972

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L4.0 FB d:1.1 g 2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



SID mm

27 JUL. 2018

11:07 AM
5/2/2018





NOME: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONCA
CPF: 037.021.304-11
RG: 2.151.107
DATA: 05/05/2018

TOMOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA

- Exame de Tomografia Computadorizada de joelho, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO

- Fratura cominutiva do platô tibial e terço proximal da fíbula.
- Tala gessada.
- Aumento de partes moles.
- Pequeno derrame articular do joelho direito.

DR. EVALDO DE SOUSA NOBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM -5227 PB

NOTA

As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

27 JUL. 2018

Rua Engenheiro Carlos Pires de Sá, 259 - Centro - Cajazeiras-PB - Fone: (83) 3531.4905



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-040

Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.151.107 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2014

NOME ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

FILIAÇÃO BERNARDO BARROS DE SOUZA
BERENICE PEREIRA DE BARROS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 05/10/1972

DOC ORIGEM CASAM N. 4136 FLS. 224 LIV. B15
CARTORIO CAJAZEIRAS-PB

CPF 037.021.304-11

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
037.021.304-11

Nome
ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

Nascimento
05/10/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
DC6A.F212.9ABA.8C6D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:18:55 do dia 12/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

27 JUL. 2018



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Zilda Pereira Barros Gomes
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2.151.107
CPF: 037.021.304-11
Profissão: autônoma
Endereço: Trav. Dr. José Vicente Leite, 36, Cajazeiras - PB.

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renelita da R. Moreira
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Zilda Pereira Barros Gomes
Cajazeiras, 16 de maio de 2018.

Zilda Pereira Barros Gomes
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

27 JUL. 2018



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180345622 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA PERNA DIREITA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50°, COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA EM 2,5 CM, SINAIS DE SINOVITE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO MODERADA E USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZILDA PEREIRA BARROS GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000038950-1

Nr. da Autenticação C2BCD3B162D565EA

