

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Matrícula 1.419.106	Data de expedição 13-12-1966
Nome MILTON JOSÉ GOMES	
Pai José Francisco Gomes	
Mãe Maria José Martins Gomes	
Lugar de nascimento Cruz do Espírito Santo-PB	
DATA DE NASCIMENTO	09.02.1969
OBS: Cartão Cert. Nasc. 101.545. Fls. 19	
Liv. A-02. Cart. Cruz do E. 584	
Assinatura do titular	
Assinatura do órgão	
Lugar de emissão Cruz do E. 584	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DL 02




Ailton José Gomes

CARTÃO DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA JUSTIÇA FEDERAL

COORDENADORIA DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

752410644 00

AILTON JOSÉ GOMES

09.02.1969

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Matrícula 1.419.106	Data de expedição 13-12-1966
Nome MILTON JOSÉ GOMES	
Pai José Francisco Gomes	
Mãe Maria José Martins Gomes	
Filho de Espírito Santo-PB	
DATA DE NASCIMENTO	09.02.1969
OBS: Cert. Nasc. 101.545.116.1969	
Liv. A-02. Cons. Cruz do E. 584.474-PB.	
Assinatura do responsável	
Assinatura do responsável	
Assinatura do responsável	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DL 02

Ailton José Gomes

CARTÃO DE IDENTIDADE




SECRETARIA DA JUSTIÇA FEDERAL

COORDENADORIA DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

752410644 00

AILTON JOSÉ GOMES

09.02.1969

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200394892 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON JOSE GOMES **Data do acidente:** 11/08/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO.(P-2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA, FIXAÇÃO, PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
P-4-5-6-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Ailton José Gomes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão op. de máquinas, residente e domiciliado à Rua das Níveis Fluminenses nº 421, bairro Popular, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 552.410.644-00, portador(a) do Rg nº 1.449.106, SSP/ 15 e CPF nº 752.410.644-00.

Outorgado: Flaviana da Silva Camara, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 210, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 51.079.624-69, portador(a) do RG nº 207.1190, SSP/ 15 e CPF nº 218.079.624-69.

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) Ailton José Gomes, ocorrido em 11/05/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

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.

f. Pessoa, 03, de 11, de 2020.

X Ailton José Gomes
Outorgante
CPF Nº 752.410.644-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200394892

Vítima: AILTON JOSE GOMES

Data do Acidente: 11/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON JOSE GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **AILTON JOSE GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001268-8**

Conta: **0000034338-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07334.01.2020.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07334.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 22 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Ivo Soares Bezerra, matrícula 1685007, e lavrado por Nathielle Ferreira Bulcão, Agente de Investigação, matrícula 1820036, ao final assinado, compareceu **Ailton Jose Gomes**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador, filho(a) de Maria Jose Martins Gomes e Jose Francisco Gomes, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/09/1969 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Peçanha, Nº 421, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98728-0470.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230 Km 41, Xxxx, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/08/20 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 11 de agosto de 2020 foi vítima de um acidente de trânsito, por volta das 1h, no trajeto do trabalho para casa, BR 230, KM 41, na cidade de Santa Rita/PB. Que estava a bordo de sua moto de placa OGD 3456 /PB, modelo Fan Honda CG, 150, preta, ano 2013, quando foi atingido por outra moto, cuja placa não foi identificada pelo notificante. Que houve uma colisão e o notificante ficou ferido, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2020.


NATHIELLE FERREIRA BULCÃO
Agente de Investigação


AÍLTON JOSE GOMES
Noticiante

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: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON JOSE GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000034338-2

Nr. da Autenticação 2809BCAE69CBB8D9

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 53.016-670 - CNPJ: 09.123.864/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRICULA**

6809553

REFERÊNCIA

OUT/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AILTON JOSE GOMES

AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB

58301-205

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.005.170.0108.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V14N330221	12/09/2014	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
1434	1455	21	29	07/11/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2020	28	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.	CONFORMES	
AGO/2020	24	TURBIDEZ		79	98	98
JUL/2020	21	CLORO		79	98	98
JUN/2020	22	PH		8	0	0
MAI/2020	28	COR		20	70	70
ABR/2020	22	COL.TOTAIS		79	98	98
MEDIA(M)		DADOS REFERENTES A: AGO/2020				

DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	1 M3	6,45
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/10/2020

Total a Pagar:

R\$ 93,26



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/280012-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002800126

	VALOR DA FATURA	17/07/2020
	R\$ 267,96	VENCIMENTO
	REFERÊNCIA	12,53 kWh
	JUL/2020	MÉDIA DIÁRIA
	CONSUMO	
	376 kWh	
SITUAÇÃO DE DÉBITOS		

CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS/IRMS	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS	PIS (\$)	COFINS (\$)
									1,0419%	4,7888%
601	Consumo comum de 220V-W-B	156	0,773960	120,59	120,59	27	32,56	120,59	1,26	5,78
601	Consumo 101 a 220V-W-BR	120	0,695750	83,49	83,49	27	22,54	83,49	0,87	4,01
601	Consumo - 31 a 100kW-W-BR	70	0,463840	32,46	32,46	27	8,76	32,46	0,33	1,56
601	Consumo até 30kW-W-B	30	0,270570	8,11	8,11	27	2,19	8,11	0,08	0,38
610	Subsídio	46,01		46,01	27	12,42		46,01	0,48	2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
906	Devolução Subsidio			-36,90	0	0	0,00	0	0	0
907	CONTRAT SERV.ILUM.PÚBLICA			-12,23	0	0	0,00	0	0	0
899	BÔNUS ITAPIU LEI 10438-2002 12/2019			4,03	0					

CCI: Código de Classificação do Item	Total:	267,96	290,66	78,47	290,66	3,02	13,94
---	---------------	--------	--------	-------	--------	------	-------

[illegible]

INDICADORES DE QUALIDADE			(REFERENCIAL - 05-2020 - Conjunto Itha do Biepo)		
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST. ANUAL	LIMITE DE TENSÃO	
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	4,83	0,00	9,67	Nominal	220 V
Vezeas em que o cliente ficou sem energia - FIC	3,17	0,00	6,35	Contratada	
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	2,69	0,00		Limite inferior	202 V
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	12,22			Limite superior	231 V

• Em 30 de Junho de 2020, foi encerrado pelo Governo Federal o desconto de 100%, concedido através da Medida Provisória nº 950-20 aos clientes Baixa Renda, com consumo até 220 kWh. A partir de 1º de julho de 2020 os descontos escalonados voltam a vigorar para os clientes Baixa Renda com consumo: de 0 a 30 kWh recebem 55% de desconto de 31 a 100 kWh recebem 40% de desconto de 101 a 220 kWh recebem 10% de desconto.

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de maio de 2002.

• Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5540.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,90

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 047.249.249 - Emissão: 09/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 10371.951178 5 83190000026796				
PAGADOR: PEDRO JOSE DA SILVA CNPJ/CPF: 116.204.834-40				
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO - JOAO PESSOA / PB - CEP 58010-180				
Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010371951	280012-2020-07-7	17/07/2020	267,96	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			09.095.183/0001-40	
BR230 KM 25, S N. - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064/3/2447-3				





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O presente formulário deve ser preenchido e enviado ao processo de sinistro de acordo com as instruções contidas no Manual de Sinistros e Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AMERTA, CAPITALIZAÇÃO E ILUSTRAÇÃO. 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 9.133/96.

Seu esposo, Flaviana da Silva Amorim

inscrito(a) no CPF/CNPJ: 048.079.624, 69

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Altton José Gomes

inscrito(a) no CPF sob o nº 752.410.644-00

de sinistro de DPVAT cobertura incapacidade

da vítima Altton José Gomes

inscrito(a) no CPF sob o nº 7524

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro, profissional:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Não sou profissional

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: Rua da República

Número: 390

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade:

João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58010-180

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa, 03/11/2020

Flaviana da Silva Amorim

Assinatura do Declarante

PREVEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 334679 Atd: Nao Regul
Data: 11/08/2020
Hora: 00:14:28
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA
Clinica: ORTOPEdia

Fone: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: AILTON JOSE GOMES

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF:

CNS: 898004615550121 Sexo: M IDENTIDADE: 1449106 Fone: 987280470

Natural: CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB Data Nasc.: 09/02/1969 Id: 51 ano(s)

End.: RUA NILO PECANHA, 421

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: CRUZ DO ESPIRITO SANTO

Pai: JOSE FRANCISCO GOMES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupacao: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

I - XMACOES DE ENTRADA

Resp.: AILTON JOSE GOMES

Tel/Doc. Responsavel: 987280470 / IDENTIDADE: 1449106

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

G. emia: IMC:

Cif. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente com queixa de dor
no punho*

Diagnostico

Conduta

Po risco de lesao Rf.

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Nóbrega F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Paraíba
Governo do Estado

Receituário

Paciente: AILTON JOSE GOMES

Idade: 51

Data: 10/08/2020 21:25:27

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1250769

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM
PACTUAÇÃO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO,
SOFREU FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR .
PEQUENA ESCORIAÇÃO NO DORSO DA ULNA DISTAL , FEITO CURATIVO E
IMOBILIZAÇÃO TALA AXILO PALMAR .
CD: AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA DO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 / SBOT 8331

Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL
4847/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-050



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11.08.20

Nome: ALTON JOSÉ GOMES

Prontuário: _____

Idade: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Fone: _____

Profissão: _____

Sexo: F () M ()

Cor: _____

Estado Civil: _____

Religião: _____

Escolaridade: _____

Data de Nascimento 1/1

QPD: _____

HDA: Paciente com trauma

em punho

na região do dorso

30 dias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Cilton Jose Gomes</u>				Registro:	
Idade: <u>57</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cór: _____	Clinica: <u>Ortopedia</u>	EMP:	LR:
Data: <u>18/09/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Teófilo</u>			1º Assistente: <u>Dr. Eduardo R3</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Valdeir R3</u>	3º Assistente: <u>Dr. Antonio R1</u>			Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr.</u>	Tipo Anestesia: <u>Bloqueio</u>	Horário: I: _____ T: _____			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura do Rádio Ulnar Distal Direita</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Osteomielite</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>RAFI com Placa e Parafusos</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (☒) Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (☒) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

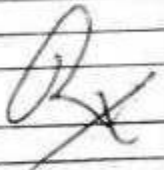
AR: _____

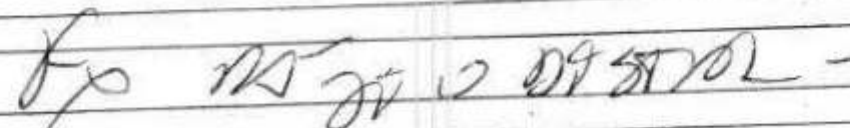
ABD: _____

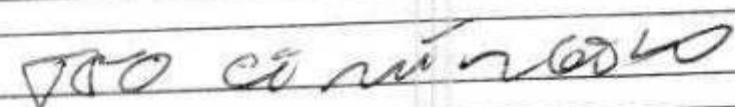
AGU: _____

SME: _____

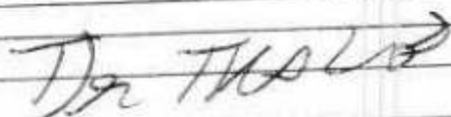
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: 

Hipóteses Diagnósticas: 

Conduta: 

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094/08
Ortopedia e Traumatologia



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob Anestesia
Gerais e Antiespasmódicos
Aplicação de Campos Etericos

Incisão:

Achados:

- Fratura do Radio Distal Direito

Conduta:

- Realizado Redução Aberta com
placa 4 furor + Fixação com 3 parafusos
na a consolidação do úlcero.
- Realizado Sutura.
- Realizado Curativo.
- RLA controle.

Fechamento:

OBS:

Rafael Dr. Teófilo
Antonio B. Neto
Médico
CRM - RJ - 13.125

Data: 18/01/2020

MÉDICO/CRM

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: **Ailton José Gomes** ENFERMARIA/LEITO: **17/160**
IDADE: **51** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **11/08/2020** DATA DE ALTA: **19/08/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **8 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE RÁDIO DISTAL E** CID: **S52**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
O MESMO

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:
RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO

RESUMO CLÍNICO:
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por: **15 DIAS**
Retorno às atividades sem esforço físico em: **30 DIAS**
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 DIAS** e com esforço maior em **90 DIAS**.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 DIAS**. Médico: **Dr Teofilo**
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15 dias** para revisão.

19/08/2020

Data

David Pinheiro Lorena Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

