



Número: **0001037-12.2015.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **08/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO JOSE NUNES (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31106 230	29/05/2020 11:49	2721752_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8932398

A/C: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vitima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01251/01252 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8933231

A/C: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vítima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 14/03/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 26/08/2012. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00905/00906 - carta_03



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2016

Carta nº 9782680

a/c: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vitima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00141/00142 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização da Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Jose Nunes
PORTADOR(A) DO RG Nº 13.667.311 EXPEDIDO POR SSPIB EM 13/12/2015
CPF 09067332141-94 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Jose Nunes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogravação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Saúde ou Fundiária;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento, revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com identificação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17677-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17677-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí, PB, 07 de Agosto de 2015 ANTONIO JOSE NUNES
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 5.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos dependentes/beneficiários obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 3.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 13.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas com internações hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradigitaltransito.gov.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0221204).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911490923100000029854785>

Número do documento: 20052911490923100000029854785



Ourocard

VALIDO MOMENTO DE EMISSÃO



4011 850 0652 7548

VALIDO ATÉ

06/16

ANTONIO JOSE BUNES

2441

17,677-X



CRÉDITO



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL-PICUI/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRA LAVRADA /PB
Sítio Cordeiro. 79. centro – Pedra Lavrada/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 068/2015

DATA, HORA e LOCAL DO FATO: 26/08/2012, Às 18hs30min, Sítio Poço de Pedra, zona rural, Nova Palmeira/PB.

COMUNICANTE: ANTONIO JOSÉ NUNES, brasileiro, solteiro, agricultor, com 29 anos de idade, nascido no dia 29/04/1986, filho de José João Nunes e de Matilde Maria Nunes, residente no Sítio Quati, zona rural, Pedra Lavrada/PB, portador da cedula de identidade nº 3612311, SSP/PB, CPF 096.792.144-94.

HISTÓRICO: Que no dia 26 do mês de agosto do ano de 2012(26/08/2012), por volta das 18hs30min, saiu de sua residência com destino a cidade de Nova Palmeira, traçando por uma estrada vicinal, conduzindo o veículo marca modelo Honda CG 125 Today, ano 1991, cor vermelha, placa LX137/PE, chassi 9C2JC18011Mr5651197, licenciada no DETRAN em nome NIVALDO ALVES DOS SANTOS, CPF 68191740478, e ao chegar no Sítio Poço de Pedra, zona rural, município de Nova Palmeira, mais precisamente em uma Curva fechada, colidiu de frente com outra moto; Que em virtude do acidente o comunicante sofreu fratura exposta no fêmur direito, fratura no joelho direito, fratura na face do lado direito, além de várias escoriações pelo corpo; Que o comunicante foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o hospital de Emergência e Trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde passou mais de um mês internado, sendo submetido a várias cirurgias. **TESTEMUNHAS:** MARIA APARECIDA DO NASCIMENTO DANTAS, residente No Sítio Serra Baixa, zona rural, Nova Palmeira /PB, e MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA, residente No sítio quati, zona rural, Pedra Lavrada /PB. Nada mais havendo a constar dei por encerrado o presente registro, que segue devidamente assinado pelo comunicante e por mim, Escrivão que o registrei e digitei.

20052911490923100000029854785

Pedra Lavrada/PB, 11 de agosto de 2015.

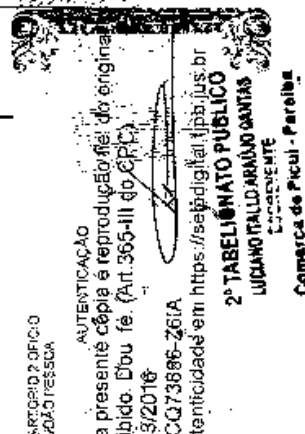
COMUNICANTE: ANTONIO JOSE NUNES

TESTEMUNHAS:

Maria Aparecida do Nascimento Dantas

Registrado por:

[Assinatura]





SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

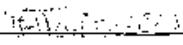
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 PEDRA LAVRADA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Pedra Lavrada, prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **ANTÔNIO JOSÉ NUNES**, natural de Pedra Lavrada - PB, 29 anos, portador de Identidade nº 3612311, vítima de acidente de motocicleta, no dia 26 de Agosto de 2012, na zona rural de Nova Palmeira, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital Regional de Picuí e após avaliação médica transportado para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Pedra Lavrada, 13 de Agosto de 2015.



Vivian Maria Vasconcelos Tavares
Coordenadora de Urgência e Emergência



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ / CPF: 09.778.288/0001-60

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

ESTADO: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE: JOSE ANTONIO NUNES

NOME: JOSE ANTONIO NUNES

PROFISSIONAL: POCO DE PEDRA

END.: NOVA PALMEIRA

MUNICÍPIO: NOVA PALMEIRA

DATA DO ATENDIMENTO: 27-08-2020

RACIA / COR: () 11 - BRANCA () 12 - PRETA () 13 - PARDAS () 14 - AMARELA () 15 - INDIGENA () 16 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

PC. QUESA DE MOTO + ALCÓOL + SEM CAPACETE 14 FEZ 12 ANOS. APRESENTANDO TCC, TRAUMA DE FACE E REFORMAÇÃO DE MÍDIA + SANGRAMENTO.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO: ATIVO

ABDOMEN - TÓRAX - SÍMPTOMAS

RESULTADOS 40 EXAME

EXAMES PERIFÉRICOS PRESENTES

ATERAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

01 - UNIDADE 3 UNIM (CATER)

02 - 01% INOCULADO

03 - 40 - 02

04 - 20 - 02

05 - 20 - 02

AGNÓSTICO / CID: **Queso de moto**

NATUREZA DO CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO:

SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA + PUROMAXIL ORTOPEDIA

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA

☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

☐ 1 - PRESCRITA

☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

CBO:

IDADE:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S):

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO: 1. CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antonio José Nunes, portador da carteira de identidade nº 3.612.311 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.792.112-94, residente e domiciliado na Sítio Vassourinha, Cidade Novo Pádua, Estado PR, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANTONIO JOSÉ NUNES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PR, 04 de Agosto de 2015

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 PEDRA LAVRADA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Pedra Lavrada, prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **ANTÔNIO JOSE NUNES**, natural de Pedra Lavrada - PB, 29 anos, portador de Identidade nº 3612311, vítima de acidente de motocicleta, no dia 26 de Agosto de 2012, na zona rural de Nova Palmeira, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital Regional de Picuí e após avaliação médica transportado para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Pedra Lavrada, 13 de Agosto de 2015

Vivian Maria Vasconcelos Tavares
Coordenadora de Urgência e Emergência



ANTONIO MARCOS DE CASTRO FERREIRA
SIT VASSOURINHA, S/N - AREA RURAL
NOVA PALMEIRA/RS CEP: 96140-000 (AG: 00)

ENERGISA PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230, Km 25 - Cesto Verde - Jandaia do Sul/PR - CEP 84071-480
CNPJ 03.036.193/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Classe: RURAL MONOFÁSICO
Rotômetro: B - 02 - 058 - 900
Nº medidor: 00001417658

Referência: Out/2012
Emissão: 15/10/2012

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 022593
Código para Emissão Automática: 00013170488



0184.1441.3867.9448, sendo R\$ 575.340,00 R\$ 350.

Out / 2012

Informamos a não prestação de serviço por impedimento do acesso
a sua unidade, resultando no não fornecimento pela rede. Eventual
diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a
necessidade de desocupar o acesso à localidade mencionada. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três
dias da apresentação desta Nota (Art. 171 Res. 414 ANEEL).

15/10/2012

12/11/2012

16/1586478		Data Letura		Data Letura		Valor (R\$)	
		13/09/12	2264	16/10/12	2420		
20/09/2012	7,30						
22/08/2012	11,42						
20/07/2012	10,51						
25/11/2011	10,49						
Fornecimento de Energia							
Custo de Disponibilidade						7,10	
IMPOSTOS E ENCARGOS							
PIS							0,07
COFINS							0,38
Juros de Mora 05/2012							0,26
Juros de Mora 05/2012							0,34
Multa 05/2012							0,12
Multa 08/2012							0,22
ICMS (USCOT)							
Set/12	28						
Ago/12	47						
Jul/12	43						
Jun/12	48						
Mai/12	21						
Abr/12	0						
Mar/12	10						
Fev/12	3						
Jan/12	22						
Dez/11	21						
Nov/11	38						
Out/11	41						

Média dos últimos meses
28 kWh

22/10/2012

R\$ 8,46

8/2012 - Pedro Lemos

DIC MENSAL	17,40
DIC TRIMESTRAL	24,71
DIC ANUAL	49,42
FIC MENSAL	49,70
FIC TRIMESTRAL	15,34
FIC ANUAL	30,68
DIC	8,78
DIC	18,60

0,85

NOMINAL

230

1,00

CONTRATADA

LIMITE SUPERIOR

0,85

LIMITE SUPERIOR

Descrição/Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	3,42	40,43
Custo de Energia	2,98	35,34
Serviço de Transmissão	0,37	4,37
Encargos Sociais	0,32	3,79
Impostos, Encargos e Encargos	1,38	16,08
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	8,46	100,00

Valor do encargo de Uso de Sistema de Distribuição
(Art. 67/2012) R\$ 7,30

REVISÃO: Caso a(s) fatura(s) esteja(m) em atraso, o fornecimento poderá
ser suspenso a partir de 20/10/2012. Conforme Resolução 416/ANEEEL, o pagamento
deve ser efetuado até a data de vencimento, sob pena de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não
seja comunicado ou as condições pagáveis não estejam em conformidade para
contratação. Caso essas futuras estejam pagas, desconhecendo essa condição.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS.
Real, Tarifa Vig. 28/08/12 Res. ANEEL 1.308-Real, Médio Grupo A: 4,27% / Grupo B: 3,80%
Fatura adota a inclusão em dígitos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.
As demonstrações contábeis, societárias e regulatórias, estão disponíveis na Internet.
Incluída a taxa de acesso ao medidor faturado pela rede.

PARAIBA

Rotômetro: B - 02 - 058 - 900

Número: 1317658-2012-10-7

22/10/2012

R\$ 8,46

8387000000-0 0048000000-3 1317658-2012-10700820019-1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio José Nunes,
RG nº 3.512.313, data de expedição 13/12/2007, Órgão
SSP/PB, CPF nº 096.792.144-94, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Vistorinha</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Vila Palmeira</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.184-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 8912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife - PB, 07 de Agosto de 2015

Assinatura do Declarante: ANTONIO JOSE NUNES



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ / CPF: 08.778.268/0001-80

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

ESTADO: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE: JOSE ANTONIO NUNES

SEXO: MASCULINO IDADE: 26,0

DOCUMENTO: SEM DOCUMENTO

ZONA RURAL: ZONA RURAL

BAIRRO: NOVA PALMEIRA

CEP: 281000

DATA DO ATENDIMENTO: 27/08/2020

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 0023671

RAÇA / COR: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDAS () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

PC, QUEDA DE MOTO + ALCÓOL + SEM CAPACETE 14 FCB 12 ANOS

APRESENTANDO TCE, TRAUMA DE FACE + DEFORMIDADE DE MIO + SANGRAMENTO

ABDOMEN, TÓRAX S/ ALTERAÇÃO

MMII: PULSO PERIFÉRICOS PRESENTES

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPO: ATIVO

RESULTADOS: 40 EXAMES

ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

01 - CATETER (PARETER)

02 - 0,9% 3000ml (EU)

03 - 0,9% 40 (EU)

04 - 200 (EU)

05 - 10

REALIZADA EM: 27/08/2020

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) CARIÓTIPO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO 1 - CARIÓTIPO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



de Acoñimento

End.: Sítio Boa de Pêra Bairro: Novo
Data de Nascimento: 1 26/09/1960 Documento de Identificação: Patrimônio
Queixa: Acidose Data do Atend.: 14/08/12 Hora: 09:00 Documento: _____

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Eufórico de dor () Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde ~ atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Vanessa D. Carvalho de Souza
ENFERMEIRA
COREN-PR 382.654

Assinatura e carimbo do profissional



11/25/2014

12 wrote the
fewer a note

Alojamento	2
------------	---

Leito)

Convênio

Horário

Horário	
4:15	3:45
2:15	4:15
1:15	2:20 06
1:15	2:20 06
8	06

Evolução Médica

Evolução Médica
 1910-1920
 Novas técnicas de
 anestesia e uso de
 et. e outros anestésicos
 de forma controlada
 e controle da dor
 Novas técnicas
 de anestesia e uso de
 et. e outros anestésicos
 de forma controlada
 e controle da dor

DR. SCHROBERT COSTA
Ortopedia e Traumatologia
Chirurgia della Colonna

[illegible]

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Jose Antonio Nunes	2	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/05/12	(1) DITA 200 mg 2x		27/05/12 14h00
	(2) DITA 200 mg 2x		(1) TCE 100 mg 2x
	(3) DITA 200 mg 2x		Do que está
	(4) DITA 200 mg 2x		Descontando 100 mg
	(5) DITA 200 mg 2x		Na 1ª vez
	(6) DITA 200 mg 2x		eterna de face
	(7) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(8) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(9) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(10) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(11) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(12) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(13) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(14) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(15) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(16) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(17) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(18) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(19) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(20) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(21) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(22) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(23) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(24) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(25) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(26) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(27) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(28) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(29) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(30) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(31) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(32) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(33) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(34) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(35) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(36) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(37) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(38) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(39) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(40) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(41) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(42) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(43) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(44) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(45) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(46) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(47) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(48) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(49) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(50) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(51) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(52) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(53) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(54) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(55) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(56) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(57) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(58) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(59) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(60) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(61) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(62) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(63) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(64) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(65) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(66) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(67) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(68) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(69) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(70) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(71) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(72) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(73) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(74) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(75) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(76) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(77) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(78) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(79) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(80) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(81) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(82) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(83) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(84) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(85) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(86) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(87) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(88) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(89) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(90) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(91) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(92) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(93) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(94) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(95) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(96) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(97) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(98) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(99) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x
	(100) DITA 200 mg 2x		100 mg 2x

Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente 1			
Operador	Enf.	Leito	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Auxiliar	Instrumentador
Diagnóstico Pré-Operatório		Tipo de Anestesia	
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Tórax com drenagem de ar
- 2) Anapne e Antianapne
- 3) Anapne de Capas Externas
- 4) Relação entre logaritmo e distal
- 5) Drenagem por fluxo de ar de Trócar
- 6) Fluxo com alveolar e tecido de Trócar
- 7) Relação entre Trócar e tecido de Trócar
- 8) Fluxo de ar de Trócar e tecido de Trócar
- 9) Fluxo de ar de Trócar e tecido de Trócar
- 10) Fluxo de ar de Trócar e tecido de Trócar

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Exp. Foco

Pulso

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
CSF A. J. C. A. I. O	2	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08/2020	1. SFC 1600 ml 2x	5:00 5:00 5:00	Red. eutro. estável
	2. Cefepim 1g 6x 800ml	12 20 24	4 folhas
	3. Dext 250 + SFC 1x 500	12	Faixa sang. +
	4. Metformina 500 3x 800ml	12 20 24	CM: V. A. M.
	5. Nifedipina 10 + ANE 6x 120ml	12 18 24 00	
	6. Tiotilidina 10 + ANE 6x 120ml	12 18 24 00	
	7. Dexamet 40 + ANE 1x 500ml		
	8. Curativo		
	9. Decomprimento B.U.F.		
	Dextro 40 5x 100ml	18	
			BMT: 28/08/20 14:00 hrs. Paciente em de quadro de muito, apresentando melhora de maxila e lipídica de abertura boca sem queixos de dor
			BS: Suficiente de Foco Recebeu 500ml de BMT Retorno: 29/08/20 14:00 hrs. ERA 100% DE 2100ml e "E" *COMBINAR MESMO DEPOIS DE 24HRS

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dr. Luis Gonzaga Fernandes

Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Ferimento lacer. contuso de			
superfície palmar SUP e INF (D)			
Tipo de Operação: Reconstrução porcutânea de Superfície			
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia: não houve			
Exame Radiológico no Ato: não houve			
Acidente Durante a Operação: não houve			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Acesso pelo ferimento
- ① Desbridamento do Bordo
- ③ Sutura por planos
- ④ Curativo copioso

(Assinatura)

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Jose Antonio	2	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/10/12	1) Kiefta 200mg		Paciente em repouso
	2) SF 0,9% 500ml	12h	
	3) cefazolina 1g	12h	
	4) gentamicina 240mg + SF 0,9% 4x/dia	12h	
	5) Metronidazol 500mg 8/8h	12h	
	6) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	7) Ivermectina 20mg + ABD 4x/dia	12h	
	8) Simvastatina 40mg + ABD 4x/dia	12h	
	9) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	10) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	11) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	12) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	13) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	14) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	15) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	16) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	17) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	18) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	19) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	20) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	21) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	22) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	23) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	24) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	25) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	26) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	27) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	28) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	29) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	30) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	31) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	32) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	33) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	34) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	35) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	36) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	37) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	38) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	39) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	40) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	41) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	42) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	43) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	44) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	45) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	46) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	47) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	48) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	49) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	50) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	51) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	52) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	53) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	54) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	55) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	56) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	57) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	58) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	59) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	60) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	61) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	62) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	63) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	64) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	65) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	66) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	67) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	68) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	69) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	70) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	71) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	72) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	73) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	74) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	75) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	76) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	77) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	78) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	79) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	80) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	81) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	82) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	83) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	84) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	85) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	86) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	87) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	88) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	89) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	90) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	91) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	92) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	93) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	94) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	95) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	96) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	97) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	98) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	99) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	
	100) clonitrona 1g + ABD 4x/dia	12h	

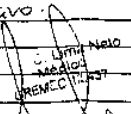
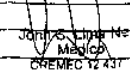
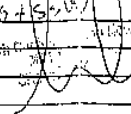

Paciente apresentando
fratura de fêmur (Lefant I).
Evolutivo estável, sem queixas.
Aguardando oportunidade cirúrgica
concomitante c/ ortopedia.

Paciente em repouso
sem queixas
CRP 316

Folha de Tratamento e Evolução

Diagnóstico

Paciente	dox. Antonio	Alojamento	2	Leito	2	Convênio
----------	--------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10 09 12	1. Dieta livre 2. SF 0,9% 1500 ml EV 24h 3. Cefazolin 1g EV 8/8h 4. Cefazolin 40mg SC 1x/dia 5. Dimorfo 1g EV 6/6h 6. Anastro  Dr. Camilla Lima Vieira Médica CREMEC 12.437	14 12 18 18 24 06 06	Paciente está em melhor estado queixas Cingido de dor no abdome - f. 1/10  Dr. Camilla Lima Vieira Médica CREMEC 12.437
18/09/11	1. Dieta livre 2ª ordem 2. SF 0,9% 1500 ml EV 24h 3. Cefazolin 1g EV 8/8h 4. Cefazolin 40mg SC 1x/dia 5. Dimorfo 1g EV 6/6h 6. Cefazolin 40mg SC 1x/dia  Dr. Camilla Lima Vieira Médica CREMEC 12.437	14 12 18 18 24 06 06	Paciente está em melhor estado queixas Cingido de dor no abdome - f. 1/10 Cingido de dor no abdome - f. 1/10 Cingido de dor no abdome - f. 1/10  Dr. Camilla Lima Vieira Médica CREMEC 12.437 BME 17/09/12 Paciente apresentando febre de baixa intensidade de 38,5°C no mo- mento em observação ou durante alterações laboratoriais. Foi prescrito para o paciente a medicação antipirética.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

Nome: João Antônio Nunes Idade: 26

Como é conhecido(a) João Ale Oct Em 2 em 2

Data de admissão 27/08/12 Procedência Nova Palmeira

Endereço: Sítio Povo de Pedro d'Água
Três de maio

Com quem reside? com a companheira e um filho

Resp. Elaine Alves Nunes Telefone: 86176401

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (x) Qual? PSE

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (x) Qual? B.S.F

Causa da admissão: Queda de moto

Se adulto ou idoso:

Estado civil: em união estável Tem filhos: Não () Sim (x) Quantos? 1

Profissão: Agricultor Fuma? Não (x) Sim (). Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim (x) Eventualmente (). É etilista ().

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não (). Que série está cursando?

Profissão dos pais ou responsável:

Observações: Acompanhado pela companheira Maria
Levy, fazemos orientações sobre a mesma e sua
doença.

28/08/12

Silvia
Gilvanize Távora da S.
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 1709

Mod. 076



VERNO
PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA - S-2002 (02) - 0000

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico



Folha de Tratamento e Evolução

Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
1) Sólido amarelo				Até 10/10/20	
2) Sol 2000 ml EV 2/4					
3) Afazema 1g EV 8/84					
4) Talatol 20mg EV 12/124					
5) Quivima 2ml + AD EV 6/64					
6) Clonazepam 40mg x 1x dia					
7) Clonazepam					
8) Clonazepam					
9) Clonazepam					
10) Clonazepam					
11) Clonazepam					
12) Clonazepam					
13) Clonazepam					
14) Clonazepam					
15) Clonazepam					
16) Clonazepam					
17) Clonazepam					
18) Clonazepam					
19) Clonazepam					
20) Clonazepam					
21) Clonazepam					
22) Clonazepam					
23) Clonazepam					
24) Clonazepam					
25) Clonazepam					
26) Clonazepam					
27) Clonazepam					
28) Clonazepam					
29) Clonazepam					
30) Clonazepam					
31) Clonazepam					
32) Clonazepam					
33) Clonazepam					
34) Clonazepam					
35) Clonazepam					
36) Clonazepam					
37) Clonazepam					
38) Clonazepam					
39) Clonazepam					
40) Clonazepam					
41) Clonazepam					
42) Clonazepam					
43) Clonazepam					
44) Clonazepam					
45) Clonazepam					
46) Clonazepam					
47) Clonazepam					
48) Clonazepam					
49) Clonazepam					
50) Clonazepam					
51) Clonazepam					
52) Clonazepam					
53) Clonazepam					
54) Clonazepam					
55) Clonazepam					
56) Clonazepam					
57) Clonazepam					
58) Clonazepam					
59) Clonazepam					
60) Clonazepam					
61) Clonazepam					
62) Clonazepam					
63) Clonazepam					
64) Clonazepam					
65) Clonazepam					
66) Clonazepam					
67) Clonazepam					
68) Clonazepam					
69) Clonazepam					
70) Clonazepam					
71) Clonazepam					
72) Clonazepam					
73) Clonazepam					
74) Clonazepam					
75) Clonazepam					
76) Clonazepam					
77) Clonazepam					
78) Clonazepam					
79) Clonazepam					
80) Clonazepam					
81) Clonazepam					
82) Clonazepam					
83) Clonazepam					
84) Clonazepam					
85) Clonazepam					
86) Clonazepam					
87) Clonazepam					
88) Clonazepam					
89) Clonazepam					
90) Clonazepam					
91) Clonazepam					
92) Clonazepam					
93) Clonazepam					
94) Clonazepam					
95) Clonazepam					
96) Clonazepam					
97) Clonazepam					
98) Clonazepam					
99) Clonazepam					
100) Clonazepam					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911490923100000029854785>

Número do documento: 20052911490923100000029854785

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dr. Carlos Gonzaga Fernandes

Artimira 11/11/17

Data da Operação	<i>27/08/12</i>	Enf.		Leito	
Operador	<i>Dr. Carlos Gonzaga Fernandes</i>	1º Auxiliar	<i>Dr. Ricardo</i>	Instrumentador	
2º Auxiliar					
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura exposta de fêmur D</i>				
Tipo de Anestesia	<i>geral</i>				
Tipo de Operação	<i>Fixação com placas de fêmur exposta de fêmur D</i>				
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>O mesmo</i>				
Relatório Imediato da Patologia	<i>sem</i>				
Exame Radiológico no Ato	<i>sem</i>				
Acidente Durante a Operação	<i>sem</i>				

fratura e fratura fêmur

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. *fratura na região distal do fêmur*
2. *osteíte + osteíte*
3. *osteíte + osteíte*
4. *osteíte + osteíte*
5. *osteíte + osteíte*
6. *osteíte + osteíte*
7. *osteíte + osteíte*
8. *osteíte + osteíte*
9. *osteíte + osteíte*

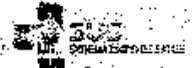
DR. SCHMIDT COSTA
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PARANÁ



BOLETE DE RETORNO

PACIENTE: João Roberto Nunes

DATA DO ATENDIMENTO: 24.08.12

Nº DE ONTÁRIO: 957053 FICHA: 1

DIAGNÓSTICO: fratura da perna direita

PROCEDIMENTO: Redução + fixação

MEDICO (CARIMBO): Dr. Anderson Jorge

DATA RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	AREA
<u>23/10/12</u>	<u>Ortop</u>	<u>HRT</u>	<u>Foiado 12</u>
<u>24/11/12</u>	<u>Ortop</u>	<u>HRT</u>	<u>Foiado 12</u>
<u>5/3/2013</u>	<u>Ortop</u>	<u>HRT</u>	<u>Foiado 12</u>
<u>13/3/2013</u>	<u>Ortop</u>	<u>HRT</u>	<u>Foiado 12</u>
<u>24/10/13</u>	<u>Ortop</u>	<u>HRT</u>	<u>Foiado 12</u>



10/08

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - 9 - 20052911490923100000029854785



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Antônio José Nunes
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5.22 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27/08/12 A 30/09/12 NECESSITANDO DE
doze (12) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
Campina Grande, 30/09/12

[Assinatura]
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Registro Civil: **3612311** Data de Emissão: **17 DEZ 2007**

NOME: **ANTONIO JOSÉ NUNES**

Nome do Pai: **José João Nunes**

Nome da Mãe: **Yatilde Maria Nunes**

Local de Nascimento: **Pedra Lavrada-PR.** Data de Nascimento: **29.04.1986**

Cert. Nasc. **3610, Fls. 46v, Liv. A-03.**

Cart. **Barraúbas-PR.**

LRF

CPF: **096.792.144-94**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nº: **900**

Foto

Impressão digital

NOME: **ANTONIO JOSÉ NUNES**

CPF: **096.792.144-94**

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Receita Federal

CPF

096.792.144-94

ANTONIO JOSÉ NUNES

CPF: 096.792.144-94





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

VENHA DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DE Nº 236017464

109583621 **1990**

NOME (ENDEREÇO) - RZ CORREIOS
NIVALDO ALVES DOS SANTOS
RUA UM **SERRA TALHADA** **PE**
149
56910

681.917.00470 **LN1-7**

860080403 **SC 21200 22-63187**

H/HONDA **225** **1000W** **1991**

0124/E11 **PAR 1.6** **VEICULO 1.6**

1 **0.0000** *****PAGOS***** *****A-22-3*****

002802 **XUFIA** **0.0000** *****A-22-3*****

48.37 **0.00** **48.37** **29/11/91**

VEICULO LICENCIADO
SERRA TALHADA **PE** **149**

RECEBIMOS EM 29/05/2020 ÀS 11:49 HORAS





Seguradora Líder - DPVAT

FÓRUM DA JUSTIÇA DO TRABALHO - COLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTO

FÓRUM DA JUSTIÇA DO TRABALHO - COLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTO

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Jose Nunes

DATA DO ACIDENTE 26.08.2012 CPF DA VÍTIMA 096.792.144-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PO VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Silva Vassourinha

Nº 511 COMPLEMENTO BAIRRO Loma rural

CIDADE Nova Palmera UF RS CEP 58.184-000

E-MAIL antoniojose@nunes.com TELEFONE (83) 3371-2274

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

O ANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/07/16

IDENTIDADE 361234

ASSINATURA ANTONIO JOSE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052911490923100000029854785>

Número do documento: 20052911490923100000029854785

Num. 31106230 - Pág. 29

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0831380/16
Vítima: ANTONIO JOSE NUNES
CPF: 096.792.144-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/08/2012
Titular do CPF: ANTONIO JOSE NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO JOSE NUNES : 096.792.144-94

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.

Portador da documentação entregue

Data: 22/03/2016
Nome: ANTONIO JOSE NUNES
CPF/CNPJ: 096.792.144-94

ANTONIO JOSE NUNES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/03/2016
Nome: JOCELY VIRGINIO DE SOUZA
CPF: 037.238.207-00

JOCELY VIRGINIO DE SOUZA





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

011790

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.199.047.729.6

Número do Benefício: 601.689.569.9

Espécie: 31

Ao Sr(a): ANTONIO JOSE NUNES

Endereço: QUATI SN, ZONA RURAL

CEP: 58.180.000 Município: PEDRA LAVRADA

UF: PB

Assunto: Requerimento da Pedido de Prorrogação

Decisão: DEFERIDO.

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 17/07/2013, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O auxílio-doença foi concedido até 19/09/2013 Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Pedido de Prorrogação - PP, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 19/09/2013 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Pedido de Reconsideração - PR ou apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, ambos no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir de 19/09/2013, observado o disposto nos arts. 78, § 1º e 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

Os Pedidos de Prorrogação, de Reconsideração e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio do portal da Previdência Social na internet (www.previdencia.gov.br), da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N - SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

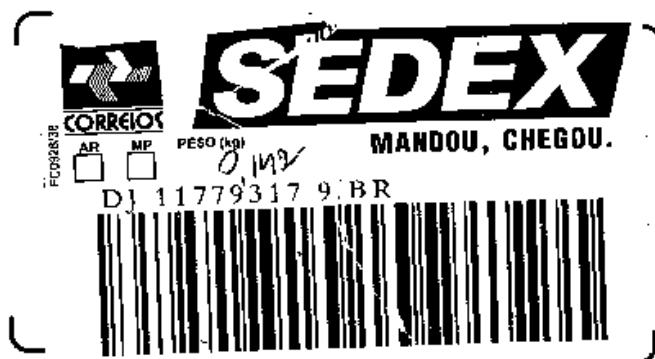
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09

FORM: ATU40





0831380/10



ARIO
.ÍDER - DPVAT

TELEFONE / Phone Number
SAC DPVAT 0800 0221204

UF / State RJ	PAÍS / Country BRASIL
------------------	--------------------------

ATENDIMENTO

