



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
<b>ANTONIO JOSE NUNES (AUTOR)</b>	<b>NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31106 230	29/05/2020 11:49	<a href="#"><u>2721752_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	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](http://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](http://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 inicio 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**



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8933231

A/C: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16  
Vitima: 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

Pag. 00905/00906 - carta\_03



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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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. 2

---

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](http://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**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

**EU, Antônio José Nunes**, PORTADOR(A) DO RG Nº **13.646.311**, EXPEDIDO POR **SSPIPB**, EM **13/12/2007**, CPF **096.732.044-94**, CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO **Desvultor**, E RENDA MENSAL DE R\$ **700,00**. (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REembolso DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Antônio José 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 visa à prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os segurados são obrigados 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 reprogramação de um pagamento, tenha-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 Salário ou Fundiário;
- 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 POUPLANÇA operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento, revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se consultar o site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

**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 a impressão de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE/TODOS OS BANCOS

Nº do BANCO **00**

Nº de AGENCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

**17677-X**

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

Nº do BANCO

Nº de AGENCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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 OU COMO QUITADO O VALOR DA RECEPÇÃO INDENIZAÇÃO.

**Picuí - PB, 07 de Agosto de 2015 ANTONIO JOSÉ NUNES**

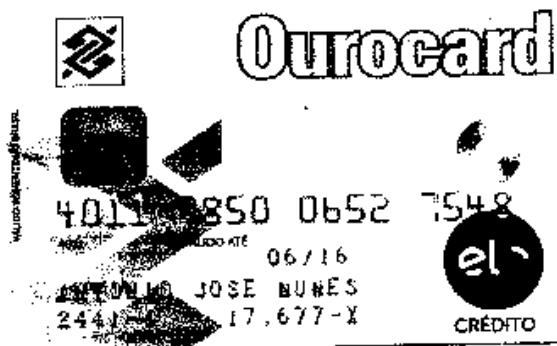
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 52.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao destinatário/beneficiário), obedecendo à legislação vigente na data do acidente; indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acento com a data de seguro prevista neste (13.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br) ou entre em contato com a sua agência para o SAC DPVAT (0800-0221204).



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



BOLETO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 cédula 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, trazendo 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.

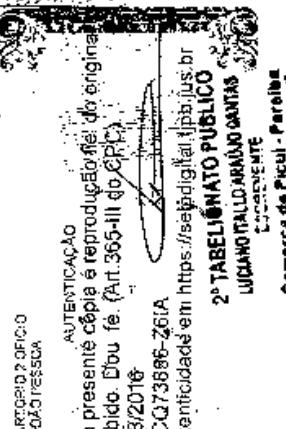
Pedra Lavrada/PB, 11 de agosto de 2015.

**COMUNICANTE:** ANTONIO JOSÉ NUNES

**TESTEMUNHAS:** Maria Aparecida do Nascimento Dantas

Maria Aparecida do Nascimento Dantas

Registrado por:





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*



 <b>ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		SIGNATÓRIO: MÉDICO / TÉCNICO / ENFERMEIRO NATUREZA DA CONSULTA: CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA: PROCEDIMENTO: <i>Solicitado anamnese da NEUROcirurgia + PUCOMAXI ORTOPEDIA</i>	
<b>ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ / CPF: 08.776.288/0001-60 NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES END: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE REDE/UF/UFSCAR/UFSC/UFSCAR/UFSCAR ESTADO: PÁRAIBA UF: 25			
NOME: JOSE ANTONIO NUNES PACIENTE: MASCULINO 26,0 SEXO: SEM DOCUMENTO IDADE: DOCUMENTO: ZONA RURAL END.: NOVA PALMEIRA MUNICÍPIO: 57-408-8842 BAIRRO: PB DATA DO ATENDIMENTO: 09/07/2010 CEP: 561030 GÁGOGO DA MUNICIPAL PAÍSA / COR: ( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA ( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO			
<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:</b> <i>PC. QUGOA DE MOTO + ALCOOL +          SEM CAPACETE 14 PCZ 1º ATEN.          FERIMENTO NO OUTRO SERVIÇO          APRESENTA NODALITE DE TRAUMA DE          FACC T. REFORMA DE MIO + SANGRAMENTO          EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:          TIROS ATIVO          ABDOMEN + TORAX SI ALTERACAO          RESULTADOS 90 ERAME.</i>			
<b>TERAPIAS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:</b> <i>Colocação de cateter (CATETER)          Tomografia          Rx de abdome e torax          Rx de tórax          Rx de abdome</i>			
<b>DIAGNÓSTICO / cip:</b> <i>Gresso de moto</i>			
<b>ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) / CARIMBO</b> <i>EVANDRO GONCALVES          WILSON VIEIRA JUNIOR</i>		<b>ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL</b> <b>OU POLEGAR DIREITO</b> <i>REALIZADA EM 08/07/2010</i>	
<b>ASS. DO REVISOR TÉCNICO / CARIMBO</b> <i>REALIZADA EM 08/07/2010</i>		<b>ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO</b> <i>REALIZADA EM 08/07/2010</i>	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antônio José Nunes, portador da carteira de identidade nº 3.612.311 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.792.144-94, residente e domiciliado na Sítio Ibiapuera, Cidade Mossoró, Estado PB, 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.

ANTÔNIO JOSÉ NUNES

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 07 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 2017

---

**Vivian Maria Vasconcelos Tavares**  
*Coordenadora de Urgência e Emergência*



**ANTONIO MARCOS DE CASTRO FERREIRA  
SR VASSOURINHA, SIN - ÁREA RURAL  
NOVA PALMEIRA/PB CEP: 58184000 (A3: 80)**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br-230, Km-26, Centro Residencial - Jardim Pernambuco - CEP 58017-1400  
CNPJ 01.006.193/0001-40 Iiac Est. 16.016.923-0

Classe: RURAL MONOFASICO  
Resposta: B - 82 - 688 - 900  
Número de Fone: 03301417859

Ranbir Singh Oct/2017

Holm Fazenda / Conta de Suação Elétrica N° 322563

Nº de registro: 0000141788

Emissions. 16/02/12

Holm Fazenda / Conta de Suação Elétrica N° 322563

Challenging the Status Quo: How to Win the War on Health Care

118-1441 9857 5448 worth 8575 3400 839a

Out / 2012

Informaremos à FAB a elevação da letalidade imediata do ataque a sua unidade, resultando no encerramento pelo mês. Eventual alteração a serem comparadas no problema faturamento. Reafirmamos a necessidade de deslocar-se a acesta no local da reunião. Peticiono o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após trânsito da resolução da dest. [Assinatura] 17/11/2014 ANEEL].

15/10/2012

12/11/2012

**RESUMO:** Caso seja feita a ação contra o empréstimo em processo, o contrato poderá ser suspenso e paralisado. 2011/2012/2013 Conforme Resolução 41/2012/2013. O pagamento após essa data não só atraria a possibilidade de cancelamento, como é nítido no site da comunicação entre as contas paginas existem na unidade de comunicação para comprovar. Caso essas futuras contas paguem, desconsiderar esse entendimento. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FUTURAS JÁ REIMBASADAS.

Fonte: Tabela Pg. 206/2012 2º Anel. MEC/MEC/Grup A: 4,27% / Grup B: 3,86%  
Fatura a ser incluída em águas de propagação ao crédito no caso de não implemento As demonstrações contábeis, societária e regulatória, estão disponíveis na Internet.

PARAIBA

22/10/2012

BSR 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291149092310000029854785>  
Número do documento: 2005291149092310000029854785

Núm. 31106230 - Pág. 11

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio José Nunes

RG nº 3.632.333, 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/Praca)	<u>Sítio Vassourinha</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Varzea Palmeira</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.184-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: ANTÔNIO JOSÉ NUNES





Relatório de Acolhimento

Nome: <u>José Antônio Nunes</u>	Bairro: <u>Nova</u>
End.: <u>Sítio Poço de Pedre</u>	Bairro: <u>Nova</u>
Data de Nascimento: <u>26/06/1960</u>	Documento de Identificação: <u>Carteira de Motorista</u>
Quem traz: <u>Esposa</u>	Data do Atend.: <u>10/05/2020</u>
Hora: <u>09:20</u>	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fácties de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HCT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Desambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato | <input type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora |
| <input type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas            | <input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial  |

*Vanessa J. Cavalcante de Souza  
ENFERMEIRA  
CORONAVIRUS*

*Assinatura e carimbo do profissional*

2020 - TJPB - SECRETARIA DE SAÚDE



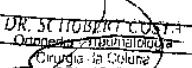
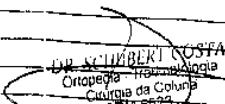
VERNO  
PATAUA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma

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

Digitized by

Folha de Tratamento e Evolução





**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma de Umuarama - HETU**

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) José Valdés Alarcón

### Aficiamento

卷之三

— 1 —



— Luis Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Senzaga Fernandes			
Operador	7/7/12	Enf.	Lcito		
2º Auxiliar	Dr. Amoros	base	1º Auxiliar	De Paula	
		3º Auxiliar		Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório		Ano Fulse		Tipo de Anestesia	
Tipo de Operação		Fractura de Língua		Desnervos	
Diagnóstico Pós-Operatório		Fractura de Língua		Fevereira + 30 dias	
Relatório Imediato da Patologia		osteólise em Pala B		osteólise em Pala B	
Exame Radiológico no Ato		Seri			
Acidente Durante a Operação					

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Sobreveio um desabafado

② Arrepios e Antissepsis

③ Apontar as causas fálicas

④ Relações entre o que é fálico

⑤ Desabafos por fluxo de fálico

Fluxo com alterações secundárias

⑥ Relevar os efeitos

Pols 4, 5 Bloqueados fálico e fluxo fálico

⑦ Isolado deus fálico

⑧ Sustentar por fluxo fálico e deus

⑨ Sustentar deus fálico e deus Nyx

⑩ Culpar e

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Anil G. Deshpande, M.D.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - LAGOA SEC 003 - S. ZÉLIO RIBEIRO  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Magnóstico

Expt. Táccos

Antitens

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Localização	Alojamento	Leito	Convênio
José Antônio		1	2	
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
28/08/20	(1) Nitro. 1000	5:00 5:00		Ps. d. evolução estável.
	(2) Cefazol. 1g 60-80g	12:20 04		4x fáceas
	(3) glic. 200 + SFCC 1x50	12		Ferida seca.
	(4) Nitro. 1000 60-80g	12:20 04		
	(5) Nitro. 1000 60-80g	12:20 04		
	(6) Nitro. 1000 60-80g	12:18 24 06		C.M. VPA
	(7) Nitro. 1000mg + KBD 60-120ml 1/2	12:18 24 06		<i>S. J.</i>
	(8) Omeprazol 40 + Ame. 1x50 06			
	(9) Ivermectina			
	(10) Compromisso BMT			BMT: 28/08/20 14:00 horas. Paciente: Vagner da Góis de Oliveira da mota, apresentando mel. lacerado em maxila + luxação da abertura da boca sem queixas hemicrânica.
	Desequ. 40 se c/le	18		ES: Julicito Teodoro Faro. Reabilitado m. BMT.
				RETORNAR
				FEV 10 DE 2020 57 2º E. *COMBINAR MESMO DENTRO DE 10 DIAS
				Clínica Buco-Maxilo-Facial Implodontia PRO-FACIAL

017-036

**Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande**  
**Dra. Luis Gonzaga Fernandes**

Data da Operação	12/01/10	Enf.	Leito	
Operador				Auxiliar
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório	Frangura local - contusão ligeira - Espectro palpável S1P e PT MAF (D)			
Tipo de Operação	Resectomia parcial de supra máxilar sup e INF (D)			
Diagnóstico Pós-Operatório	O risco			
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 periosteio
- ② Desbridamento do tecido
- ③ Sutura no plântano
- ④ Curativo copriido

BA

Mod. 01B

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital da Emergência e Trauma do Rio Grande do Sul

Folha de Tratamento e Evolução

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291149092310000029854785>  
Número do documento: 2005291149092310000029854785

Num. 31106230 - Pág. 20



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

### Diagnóstico

*Ferida aberta na face*

*Face*



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

SERVIÇO SOCIAL

Nome: José Antônio Nunes Idade: 26

Como é conhecido(a) — Alm Oct Enf 21 m 21

Data de admissão 27/08/12 Procedência Nova Palmeira

Endereço: Sítio Poço de Pedro s/nº Redinha Dique  
Tijucara Grande

Com quem reside? com a companheira e um filho

Resp. Elane Alves Nunes Telefone: 8617 6401

## DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não ( ) Sim (✓) Qual? PBF

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

Causa da admissão: Dificuldade de malha

Se adulto ou idoso:

Estado civil: União estável Tem filhos: Não ( ) Sim (✓) Quantos? 1

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

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

Se criança ou adolescente:

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

Profissão dos pais ou responsável:

Observações: Acampanhado pela companheira. Morava  
com ex-patrões Olímpio e Rosângela sobre avós e casal  
de cônjuges.Gilvanize Tavares da Sil.  
ASSISTENTE SOCIAL  
CRESS 1709

Med. 076



Folha de Tratamento e Evolução



**Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande**  
**Dr. Antônio Gonçaga Fernandes**

Data da Operação	27/08/12	Enf.	Leito
Operador	Dr. SANTIAGO COSTA	1º Auxiliar	Dr. Ricardo
Jv Auxiliar		Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório	AV - Osteoartrite		
Tipo de Anestesia		General	
Diagnóstico Pós-Operatório		AV exposto de flexor D	
Tipo de Operação		Artroscopia de flexor exposto de flexor D	
Ouvir			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
Fimeto cl brante feer			

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1- Fimeto cl brante feer
- 2- Preparo + Autodesinfeção
- 3- Colapso Cervical Esteve
- 4- Laringo alveolar de St 99% 10% + H<sub>2</sub>O + ASPI
- 5- Enucleamento do tecido fibrotizado
- 6- Progressão de tecido
- 7- juntar
- 8- Matar
- 9- Cefecado tecido tecido

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

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



**AVO DE RETORNO**

PACIENTE:	<i>José Roberto Flores</i>
DATA DO ATENDIMENTO:	<i>27/05/10</i>
HABORTUÁRIO:	<i>957053</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>fratura da tíbia</i>
PROCEDIMENTO:	<i>Lester</i>
MEDICO (CARIMBO):	<i>Dra. Ana Lucia Torre</i>

DATA RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<i>Reforçar o uso de 15 dias com fita elástica</i>			
<i>23/06/10</i>			
<i>24/06/10</i>	<i>OTP</i>	<i>H2</i>	<i>Salão 120</i>
<i>5/07/10</i>	<i>OTP</i>	<i>H2</i>	<i>Salão 13</i>
<i>3/07/10</i>	<i>OTP</i>	<i>H2</i>	<i>Salão 120</i>
<i>9/07/10</i>	<i>OTP</i>	<i>H2</i>	<i>Salão 120</i>



**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): *Suelio Moreira Torres*  
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N° *5172* NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE *27/08/12* A *30/09/12* NECESSITANDO DE  
*106 (cento e seis) dias* DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, *30/09/12*

Ass. do Médico - N°. do CRM

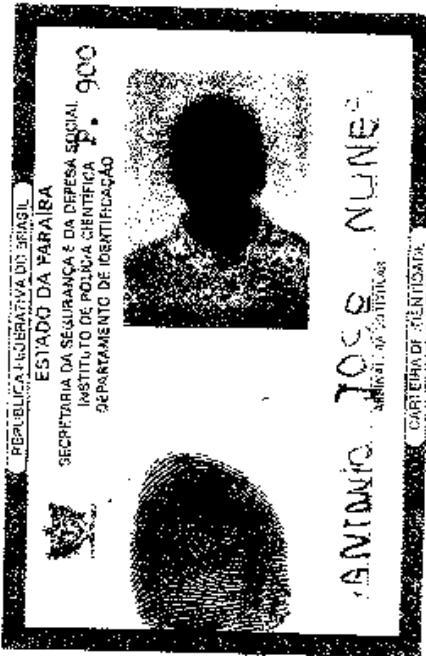
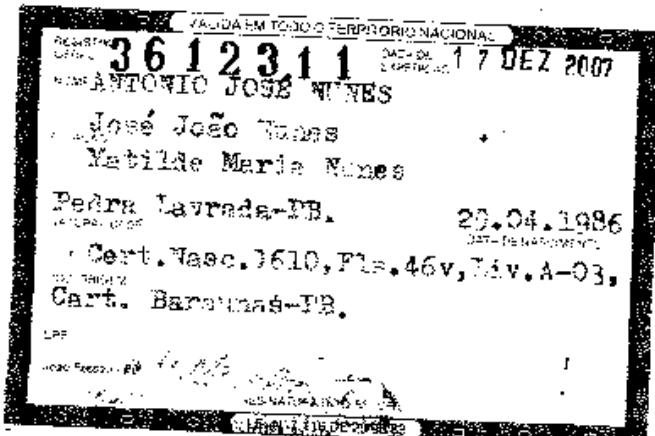
**AUTORIZAÇÃO**

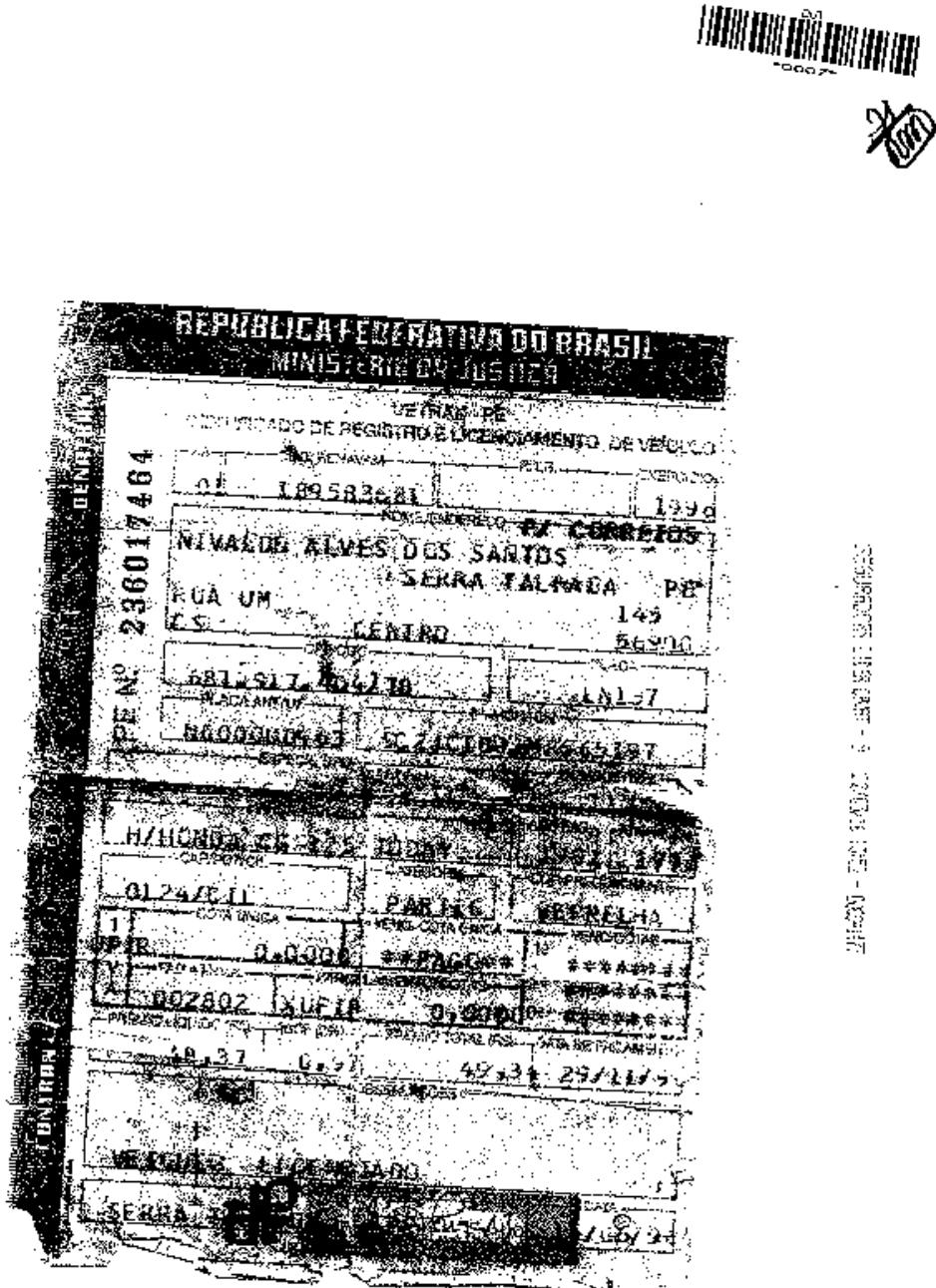
Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

Mod. 002







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 11:49:09  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291149092310000029854785>  
Número do documento: 2005291149092310000029854785

Núm. 31106230 - Pág. 28



Seguradora Líder - DPVAT

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TÍMOS DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE DAMS**

ID

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Antônio José Nunes

DATA DO ACIDENTE 26.08.2012 CPF DA VÍTIMA 096.792.141-94

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Vassourinha

Nº 511 COMPLEMENTO

CIDADE Novo Palmeira UF PR

BAIRRO Zona Rural

CEP. 58.184-000

E-MAIL ANTONIOJOSUENES@GMAIL.COM TELEFONE (42) 3371-0074

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 IM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IM: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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, TAI COMO COPIA 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)
- REPRESENTANTE 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 RECEITÁRIO 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, TAI COMO COPIA 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**

- 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 14/03/16

IDENTIDADE 3612311

ASSINATURA ANTONIO JOSE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

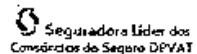
DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### 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  
Outras

**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](http://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

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/03/2016

Nome: ANTONIO JOSE NUNES  
CPF/CNPJ: 096.792.144-94

Data: 22/03/2016

Nome: JOCELLY VIRGINIO DE SOUZA  
CPF: 037.238.207-00

ANTONIO JOSE NUNES

JOCELLY VIRGINIO DE SOUZA



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. 30



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
PREVIDÊNCIA SOCIAL

011790

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.199.047.729-6

Número do Benefício: 601.689.569.9

Espécie: 31 601.579.929.21+

Ao Sr(a): ANTONIO JOSE NUNES

09-10-2013

Endereço: QUATI SN , ZONA RURAL

O 8' 40 da manhã

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.

Vizelada(a) Senhor(a),

Em atendimento 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 benefício-Doença Foi concedido até 19/09/2013 para 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(a) 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 A 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](http://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

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

CEP: 58416.680

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

100% digital

FORM: ATU400





0831380/16



AIRIO  
LIDER - DPVAT

TELEFONE / Phone Number  
**SAC DPVAT 0800 0221204**

UF / State  
**RJ** PAÍS / Country  
**BRASIL**

ATENDIMENTO

