



Número: **0801559-21.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.560,16**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEISOM NUNES DE SOUSA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
32423 166	17/07/2020 10:10	<u>2735050_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NÚMERO GENAL	963.683.357
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/10/2015
NOOME	CARLOS ROBINIR TELES PINHEIRO
FILIAÇÃO	CARLOS ENEY ALVES PINHEIRO ELIDA MARIA VERAES PINHEIRO
MUNICÍPIO	FORTALEZA CE
DATA DE NASCIMENTO	12/06/1982
DOC. ORIGINA	CERT. DE CAD-DIV-1-8-03 F-04-BB-787 200 LUIS DA CUNHA SC-CARHORIL UNICO CARTORIO
975.413.633-53	1a, 918
Data: 21/11/2018	
LEI Nº 7.716 DE 29/08/83	

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 4.274.045	DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2014
NOME GEISOM NUNES DE SOUSA	
FILIAÇÃO GERALDO BATISTA DE SOUSA MARIA DAS MERCÉDES NUNES DE SOUSA	
NATURALIDADE SOUSA-PB	DATA DE NASCIMENTO 04/07/1998
DOC. ORIGEM NASC.N.8917 FLS.278 LIV.6 CARTORIO SÃO J. L. TAPADA-PB 127.361.484-44	LEI N° 7.116 DE 25/06/89
ASSINATURA DO CARTORIO	

21 NOV. 2018



Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo

Graduada pela Faculdade Santa Maria.
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

Atestado Fisioterapêutico

Trata-se do Paciente Geisom Nunes de Sousa, 20 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x animal) no município de São José da Lagoa Tapada - PB no dia 15/08/2018 com BO de número 2012/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada na diáfise do rádio esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na região do antebraço esquerdo com uso de tala gessada por um período de 10 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura no osso do antebraço esquerdo com redução + fixação com colocação de 01 placa de titânio + 07 parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 26/11/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Antebraço esquerdo apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 10cm disposta em sentido longitudinal, localizado na face medial do antebraço esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão, parestesia e diminuição da ADM do antebraço esquerdo para as AVDs.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do antebraço esquerdo.

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREATO 191777-7

COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018



Sousa, 18.12.2018

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREFITO 191777-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

CREFITO: 191777-7



COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 4

RESOLUÇÃO N°. 381/2010

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.**

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208º Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu, o Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usado recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

26 DEZ 2018

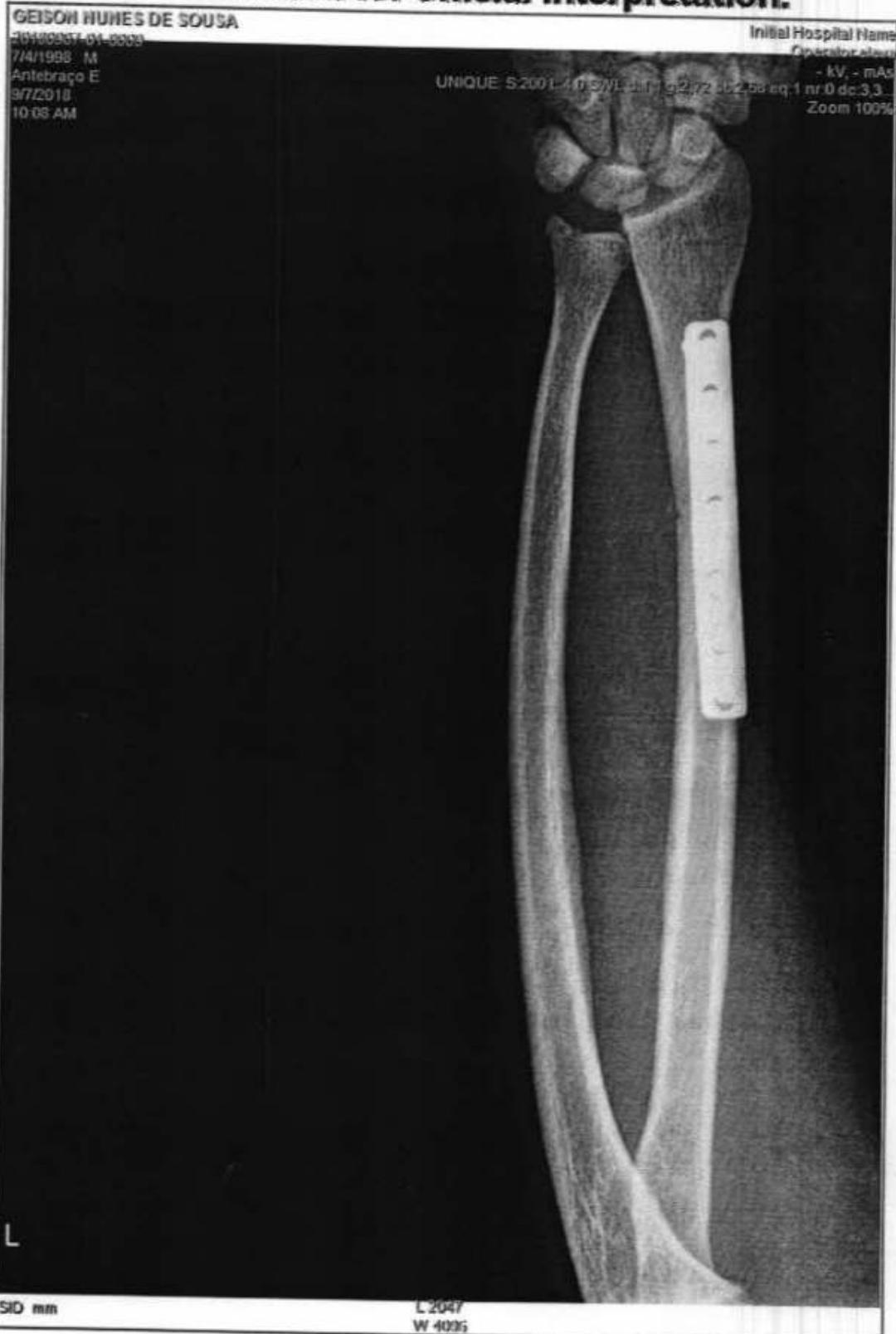
Atenciosamente, Danyelle Dias Nobre Cartaxo

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7

e-mail: danyfisiocz@hotmail.com



Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 6

Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 7

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
18/09/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
19/09/2018	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
25/09/2018	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
26/09/2018	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
02/10/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
03/10/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
05/10/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
11/10/2018	Ito Agost	<u>Ito</u>			
17/10/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
18/10/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
05/11/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
06/11/2018	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
12/11/18	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
13/11/18	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
20/11/18	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
26/11/18	Ito Proposta.	<u>Ito</u>			
27/11/18	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
03/12/18	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
04/12/18	Ito Proposta	<u>Ito</u>			
11/12/18	Ito Proposta	<u>Ito</u>			

26 DEZ 2018





Prefeitura Municipal
São José da Lagoa Tapada

Secretaria de Saúde

Fisioterapia

Posto de Saúde
Unidade Mista Cacilda Braga

SUS: 898 DD23 5386 8181. DN: 040411998

NOOME: Gelson Vrumer de Souza
ENDERECO: Jd. Caubear.

AGENTE DE SAÚDE: Josévino.
DATA: 18/10/2018

26 DEZ 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA

SÃO JOSÉ
DA LAGOA TAPADA

Além de a dependera

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>25/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Guzon Nunes de Souza</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência: <u>Bela Vista</u>	Bairro:	Médico Regulador		
Apurado no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

- TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediatrício
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	

- ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros:

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: _____ Responsável: _____

- MOTIVO DE TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de Maior Complexidade Transferência Simples Outro:

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

- EXAME CLÍNICO (PRINCÍPIOS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colinão metox animal

Agitação Alergia Ausência de Pulso (Central) Cianose Convulsão Diarréia Dificuldade Respiratória Dor: Local _____
 Febre Inconsciente/Desmaio Palidez Sangramento Vômito Outros: _____

1 - DADOS VITAIS

P.A. SISTÓLICA: 120 P.A. DIASTÓLICA: 80 PULSO: 81 FR: 99 TEMPERATURA: _____ GLICEMA: _____ E. Coma: _____

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo Estranho Brinco-aspiração Edema de glote Obs: _____

- VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Ritmo Irregular

- EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

- ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorção Hemoptise Hálito Etílico Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros: _____

GBF - Código 1362

BROS VOL 1

26 DEZ. 2018



Cultivando a diversidade

800

M. T. Hendry, Jr.

26 DEZ 2018



GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Comissão de Licenças

Licenças

* Rx Ensa Patente E. P. V. ⑧
Sexta

✓/✓

Rx L. D. Rx

* Rx Fr. t

✓/✓

2010 de F. J. S. M. 2010
Medico
CRM-PB 9903

✓/✓/✓

Rua José Facundo de Lira, S/N – CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 – SOUSA – PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

26 DEZ 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 12



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



130712

MAT.:

Nome: Gleison Nunes de Souza Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 04/03/98 Est. Civil: _____ Resp.: Geraldo Batista de Souza _____
Rua: Sítio Pilões Cidade: S.J.B. Tapada Est.: _____
Médico Assistente: Dr. Clínica: Cirúrgica _____
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE: Dificuldade no articulo esquerdo.

Queixa Principal: Dif. difundida no articulo (E) + calorido.

História da Doença Atual: Perdeu uso do articulo devido a entorse queimado de S.J.B. logo após, quando voltou com dor.

EXAME FÍSICO:

- Ossos
- D.I. normal
- Pronto referindo a dor articular esquerda

DIAGNÓSTICO:

Trauma do articulo esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 1054-CBM-RN 4228
TELEF-3687-40-53-0654

26 DEZ. 2018



Nome do Paciente

Nº Prontuário

130712

Data Operação	24/08/2018	Enf.	Leito
Operador	Davi Astor	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Jugliel Muzzi	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Furunculo na glândula supíngua		
Tipo de Operação	Ortomítre do nódulo (E) (desfer da nódulo).		
Diagnóstico Pós Operatório	Furunculo da desfer da nódulo.		
Relatório Imediato do Patologista	M		
Exame Radiológico no Ato	M		
Acidente Durante a Operação	M		
Dr. Denis Ribeiro Formiga ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 705 CRM-RN 4228 AN-52.654 TEL: 9877-9877			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Dr. Denis Ribeiro Formiga
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 705 CRM-RN 4228
 AN-52.654
 TEL: 9877-9877

26 DEZ 2018





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOU

ESTAÇAO DA FAI ALDA
HOSPITAL REGIONAL DE SOUT

HOSPITAL REGIONAL DE SOUTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRAHANTES
ESTADO DA PARAÍBA

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Nº 32423166 - Pág. 15

Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

/M/1988 M

Ombro

07/05/2018

7:39 AM

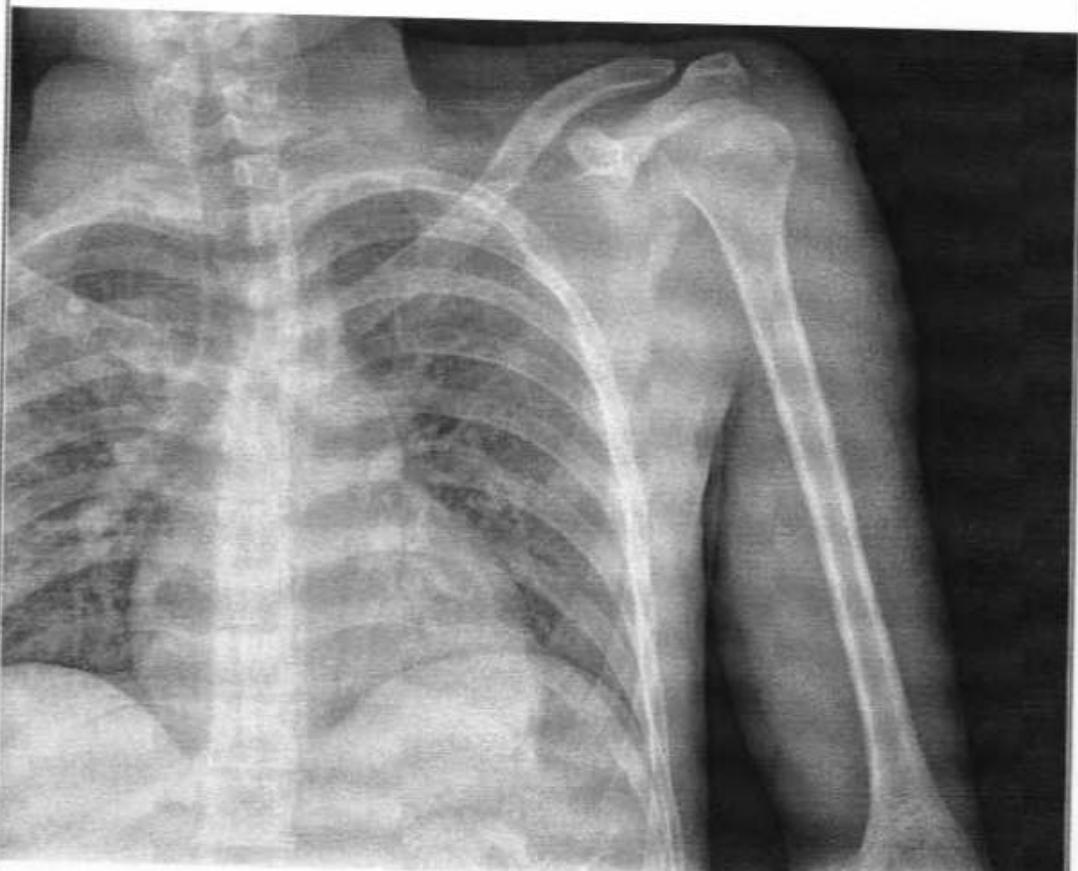
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...

Zoom 100%



580 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 16

Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.94 g:2.4 sb:3.23 eq:0 nr:0 dc:3.7...

Zoom 100%



500 mm

L 2047

W 4096

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 17

Not intended for official interpretation.

GEISON NUHES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

0/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



800 mm

L 2947

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 18

Not intended for official interpretation.

GEISON NUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/11/1998 M

Antebraco E

9/15/2010

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator/user

- kV - mAs

UNIQUE S 200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.56 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom 100%



SD: mm

L: 2947

W: 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 19

Not intended for official interpretation.

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1990 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



500 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 20

Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 21

Hospital	HRS		
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data Operação	23/01/2019	Enf.	Leito
Operador	Denis Rocha	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Júnior Júnior	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Abscesso do ombro direito. (escoliose). Rotura de pleura e peritonite.		
Tipo de Operação	Ressecção do ombro direito (escoliose).		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista	Lipoma		
Exame Radiológico no Ato	Lipoma		
Acidente Durante a Operação	Lipoma		
Dr. Denis Rocha MÉDICO CRM-PB 7054 CRM-RN 4228			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

Aberto ao dorso do ombro direito, no ombro.
 Apêndice - artéria. Cervical e pulmão.
 Rotura de pleura e peritonite.
 Ombro - luxado por fratura - peritonite.
 Dr. Denis Rocha

MÉDICO
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228

11 ABR. 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Estado da Paraíba

PREScrição MÉDICA

Nome: Giovanna Nunes

Idade: _____

Enfermaria: _____

Lefio: _____
Categoria: _____

DATA

HORÁRIO

RELATÓRIO

PREScriÇÃO MÉDICA

Cor: _____

HOSPITAL REGIONAL DER. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SOUSA - PB.

De anos

MAT.: 132.323

Name: Gleison Nunes de Souza Bloco: _____ Apt.": _____
D.N.: 04/07/98 Est. Civil: S Resp.: Geraldo P. Batista de Souza
Rua: Sítio Baúzis Cidade: S. J. B. Japade P.A.: PB
Médico Assistente: Dr. Denis Clinica: Cirúrgicas
Data da Internação: 02/01/2010 Peso: _____ Temperatura: _____

ANAMNESE: Marca em acâncora grande.

Queixa Principal: Por mui dolor de acâncora grande.

História da Doença Atual: Fazendo com relato de mui dor em acâncora grande.

EXAME FÍSICO:
• Por mui dolor
• OI fumal mui
• edema local

DIAGNÓSTICO: Retirada de placa frouxa da
próstata (E)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM/PB 7064 CRM/RN 4228

11 ABR. 2019



Not intended for official interpretation.

GEISON BURES

20190105014008

7/4/1996 M

Antebraço E

12/02/2019

9:30 PM

Institution/Hospital Name

Operador eleva

- kV, - mAs

mr. / de:3,3

Zoom 100%

UNIQUE: S-200 L40 SWL4 1,1g 2,72 ms 2,60 exp



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 25

Not intended for official interpretation.



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 26

Not intended for official interpretation.



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 27

Not intended for official interpretation.



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 28

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Assinado por mim

Válida

*- Rx para paciente E. V. L. C.
Facundo*

Rx para F.F.

- Rx F.C.

17/11/18

*Facundo de Freitas Lira
Medico
CRM-PB 3893*

17/11/18

Rua José Facundo de Lira, S/N – CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 – SOUSA – PB

 GOVERNO
DA PARAÍBA

21 NOV. 2018





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



MAT.: 130712

Nome: Geisom Nunes de Souza Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 09.03.98 Est. Civil: Resp.: Geraldo Batista de Souza
Rua: Sítio Guilherme Cidade: S.J.B. Tapada Est.:
Médico Assistente: Dr. Clinica: Cirúrgica
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Doloroso no antebraço esquerdo.

Queixa Principal: Dolor intensificado no antebraço (E) + edema.

História da Doença Atual: Fazendo sobre ombro do antebraço
por volta de 2.000g de peso, quando sentiu esse
dor.

EXAME FÍSICO:

- dor
- edema
- D.I. normal
- Pode deformar e
- antebraço esquerdo

DIAGNÓSTICO: Fratura do antebraço esquerdo.

Procedimento:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

C.I.D.

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 054 CRM-BR 4228
TELEFONE: 3305-1054 AN-570654

21 NOV. 2018



Hospital

H R S

Nº Prontuário

Nome do Paciente

Geijau Natan de Saixor.

130712

Data Operação

24/08/2018

Enf.

Leito

Operador

Denis Ribeiro

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Jugilson Júnior

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fractura do rádio direito, segundo

Tipo de Operação

Ortoantrax do pulmão (E) (fratura do rádio).

Diagnóstico Pós Operatório

Fratura da diáfise do rádio

Relatório Imediato do Patologista

ADA

Exame Radiológico no Ato

ADA

Acidente Durante a Operação

ADA

Dr. Denis Ribeiro Formiga
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 705 CRM-RN 4228
 TECUT-98 AD-52.654

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Aberto via do colo clavicular direito.
 Fratura - articular. Câncer o protetor. Fratura em articular.
 Fratura - articular. Fratura da protetora. Fratura
 de fratura de ep + of profunda profunda
 por fratura. Fratura de epofita. Fratura de epofita

Dr. Denis Ribeiro Formiga
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 705 CRM-RN 4228
 TECUT-98 AD-52.654

21 NOV. 2018





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DER. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICAS

Name: Género Mulher, Idade: _____

Nome: _____ Categoria: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	COR:	HORÁRIO	RELATÓRIO	
				Enfermaria:	Categoria:
<u>29/08/2018</u>	<u>1) Amostra de urina</u> <u>2) Sangue - 1 amostra. IV. 046</u> <u>3) esterilizante - 0. 0. N. 0. 0. 0. 0.</u> <u>4) Fisionofolug. IV. 0. 18h.</u> <u>5) Unaspirina. IV. 0. 0. 0. 0.</u> <u>6) Amoxicilina</u>		<u>11h 00m</u> <u>11h 00m</u> <u>11h 00m</u> <u>11h 00m</u> <u>11h 00m</u> <u>11h 00m</u>	<u>Amostra de sangue feita de 02</u> <u>Amostras de fisionofolug. feitas</u> <u>Amostra de sangue feita de 02</u>	
				<u>Denis Rocha</u> <u>CRM 7054</u>	
				<u>Alcance o Diácono,</u> <u>Flávia e Roberto</u>	
				<u>Denis Rocha</u> <u>CRM 7054</u>	
				<u>15/08/2018</u>	<u>11/08/2018</u>

21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

GEISON RUISES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1996 M

Ombro

8/15/2018

7:39 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...

Zoom 100%



50 mm

L 2047
W 4096

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 34

Not intended for official interpretation.

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.94 g:2.4 sb:3.23 eq:0 nr:0 dc:3.7...

Zoom 100%



500 mm

L 2047
W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 35

Not intended for official interpretation.

GEISON HUMES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:9 dc:3.3..

Zoom 100%



580 mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 36

Not intended for official interpretation.

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom 100%



510 mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>

Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 37

Not intended for official interpretation.



21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 38

Not intended for official interpretation.



21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 39

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Mercedes Nunes Sousa,

RG nº 2114268, data de expedição 28/07/94, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF nº 051 870 214-60, com domicílio na cidade de São José LT, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/
Avenida/Estrada) Area Rural, nº5/N, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Geison Nunes de Sousa
cujo o condutor era Geison Nunes de Sousa.

Veículo: Honda/CG 125 FAN

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: MNU 54 53 / PB

Chassi: 9C2JC30708R788116

Data do Acidente: 15/08/2018

Local e Data: Sousa/PB, 20/11/2018

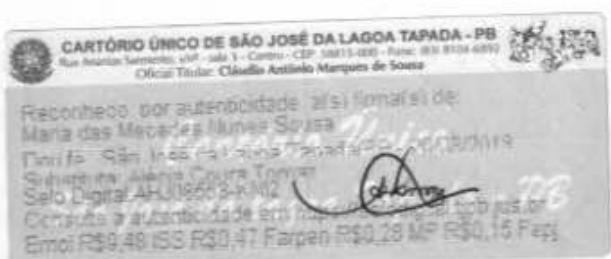


Maria das Mercedes Nunes Sousa

Assinatura do Declarante

Geison, Nunes de Sousa

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



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB
Rua Antônio Sáenz, nº 1 - Centro - CEP: 58815-000 - Fone: (83) 3244-6050
Órgão Titular: Cláudia Antônio Marques de Sousa
Reconheço, por autenticidade, a(s) assinatura(s) de:
Maria das Mercedes Nunes Sousa
Título: RG: 2114268 - PRAZO: 06/08/2019
Sistema: Avena Conta Torre
Selo Digital: AH-18613-A-N2
Consulta à autenticidade em: pjeb.tjpb.jus.br
Valor R\$9,48 ISS R\$0,47 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Faz
Data: 17/07/2020

21 NOV. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de **identificação pessoal**, informações acerca da **profissão** e da **faixa de renda mensal**, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geison Nunes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Geison Nunes de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 José Facundes de Lira	Número	S/N
Bairro	Gato Pinto	Cidade	Sousa
Email	<u>verasdprat@hotmail.com</u>	Estado	PB
		Telefone comercial (DDD)	(83) 9.8181.8197
		Telefone celular (DDD)	(83) 9.9919-4307

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

21 NOV. 2018

DLDRL001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,
RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CIE,

CPF nº 978.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8181-8197 / (83) 9 9919-4307</u>
E-mail	<u>Verasdpv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

21 NOV 2018





SAMU
192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SÃO JOSÉ

Alergico a aspirina PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>25/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Gerson Nunes de Souza</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Bela Vista</u>		Bairro:	Médico Regulador	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recuseu Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro		<input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:		

- TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda <u>metros</u>
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	

- ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros:

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico _____

Responsável: _____

- MOTIVO DE TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de Maior Complexidade Transferência Simples Outro:

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

- EXAME CLÍNICO (PRINCIPIOS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colírio motor animal

- Agitação Alergia Ausência de Pulso (Central) Cianose Convulsão Diarreia Dificuldade Respiratória Dor: Local _____
 Febre Inconsciente/ Desmaio Palidez Sangramento Vômito Outros: _____

1 - DADOS VITAIS

P.A. SISTÓLICA: 120 P.A. DIASTÓLICA: 80 PULSO: 81 FR: 99 TEMPERATURA: _____ GLICEMA: _____ E. Coma: _____

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo Estranho Brinco-aspiração Edema de glote Obs.: _____

- VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Rítmo Irregular

- EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

- ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorção Hemoptise Hálito Etílico Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros: _____

GBF - Código 1362

21 NOV. 2018

- EDEMA
 Ausente Palpebral M. Inferiores Anasarca

- PERCUSÃO

Normal Retardada (> 2 seg) Ausente

- PULSO

Regular Irregular Fino Cheio Ausente

- E.C.G.

Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

Agitação Sonolência Coma Convulsão Otorragia Rigidiz Midriase

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento Hemorragia vaginal Normal _____ semanas Trabalho de parto Outros:

6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

- DIAGNÓSTICOS

- PROCEDIMENTOS

Desobstrução vias aéreas Intubação Naso / Orotraqueal Câmla Orofaringea Cricotireidostomia Ventilação mecânica (manual - "AMBU")
 Respirador Inalação de Oxigênio (02) Drenagem torácica Massagem cardíaca externa Desfibrilação / Cardioversão Controle de hemorragia
 Curativo Punção venosa Sonda gástrica Sonda vesical Sedação Imobilização de membros Colar cervical Tala / Tração
 Orotraqueal Outros:

ENCAMINHAMENTO

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

A 08/05 foi acionado para atendimento de trânsito do fêmur Guerson Nunes de Souza, descoxa, retorne de cílico metacromat. Consciente, orientado, encontra-se em decúbito lateral supino de postura. No antebraço esquerdo, punho e cotovelo - centro na região de supinação e pronação. SSVC.1M, L2x80, F; 81, SP-277. Sob regulagem médica foi realizado protocolo de ARH + AVP com ST. Encaminhado ao HRS e retornou para a base.

ENCAMINHAMENTO

Liberado após atendimento Recusa o atendimento Óbito no local Óbito durante o atendimento Óbito durante o transporte

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

Decúbito dorsal Decúbito lateral Decúbito ventral Sentado Elevação de cabeceira (esbeça)

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: João Batista

CRM: _____

MAT: _____

ENFERMEIRO (A) Lentya Torniga

COREN: 501523

MAT: _____

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.: Nadya

COREN: _____

MAT: _____

CONDUTOR: Júnior

MAT: _____

GBF - CodB 0017

21 NOV. 2018

MARIA DAS MERCEDES NUNES
BIT 57º CAMPOZ. SIN. ÁREA RURAL
SAO JOSE DA LAGOA TAPADA / PB CEP: 58815000 (AD: 177)
Emissao: 39/05/2018 Referencia: MN - 2018
Classe/Sufr. RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFASCICO

energisa
ENERGIA PÚBLICA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Rio Branco, 28 - Centro Administrativo - São Paulo - SP - CEP 01257-1400
CEP 01257-140 - Fone/Fax: (011) 5000-1414 - Telef. Edif. 162-5.652-1200
Site: www.energisa.com.br - E-mail: contato@energisa.com.br

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Maio / 2018 30/05/2018 29/06/2018 510201460
Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/778208-9

[Canal de contato](#)

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa EM em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segurança via da conta, mudanças de residência, informações sobre fato de energia e diversos outros serviços. Tudo na palma da sua mão.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias			
Data	Lerura	Data	Lerura			SE		SE			
30/04/18	6231	30/05/18	6323		1		SE		30		
Demonstrativo											
CO	Descrição	Quarteto	Unidade	Var. Cds.	Var. Içm-BR	Var. Cds. Pct-RB	Cofre-RB	Tributo Total-RB	ICMS-RB	IPCD-RB	CFIN-RB
0601	Consumo ate 30KWh-BR	30.000	0.239876	7,10	7,10	35	1,77	7,19	5,94	0,25	
0601	Consumo > 31 a 100KWh-BR	56.000	0.406020	22,74	22,74	28	5,83	22,74	20,14	0,84	
0601	Adec. B. Amerika			0,80	0,80	25	0,15	0,85	0,02	0,02	
0610	Susso			35,21	30,21	25	1,58	30,21	0,12	0,67	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0601	CONTROLE LIV.PUBLICA			0,00	0,00	1	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604	JUROS DEMORA 04/2018			0,25	0,00	0	0,00	0,25	0,00	0,00	
0605	MULTA 04/2018			0,76	0,00	0	0,00	0,76	0,00	0,00	
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018			0,13	0,00	0	0,00	0,13	0,00	0,00	
0606	Divergência Susso			-21,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

202 - Sistema de Classificação de bens TOTAL 48,37 60,85 15,16 82,85 0,31 1,72

Média Últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
07/06/2019 R\$ 46,97

Histórico de Consumo (kWh)

85 | 96 | 84 | 87 | 82 | 83 | 82 | 81 | 82 | 86 | 88 | 82
May'17 Jun'17 Jul'17 Aug'17 Sep'17 Oct'17 Nov'17 Dec'17 Jan'18 Feb'18 Mar'18 Apr'18

RESERVADO A d143 045e c084 8de4 900d 5971 6582 dc27.

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE MENSAL	24,77	0,00	NOMINAL
DO TRIMESTRAL	24,41		270
OCULAR	24,41		
PC MÉDIA	23,23	0,00	CONTRAFÁCA
PC TRIMESTRAL	15,94		LIMITE INFERIOR
PC ANUAL	21,38		202
DNC	16,95	0,00	LIMITE SUPERIOR
TGB	16,95		231
Total			100,00

ATENÇÃO - Seja um cidadão! Faça sua declaração de imposto de renda.

Entrevue avec Alfonso

ATENÇÃO

ATENÇÃO

21 NOV. 2018

VENTIMENTO





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Gerson Nunes de Sousa</i>	CPF da Vítima <i>127.361.484-44</i>	Data do Acidente <i>15/08/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Verasdpvate@hotmail.com</i>	CPF do Representante legal <i>(03) 9 9919-1307</i>
Email <i>Verasdpvate@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(03) 9 9919-1307</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Gerson Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

21 NOV. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 2012/2018

Aos PRIMEIRO DIAS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA CRUZ/PB, na Delegacia de Polícia Civil (Cartório da Mesma), sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Polícia Civil Dr(a). **VICENTE HONÓRIO FILHO**, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h:30,min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GEISOM NUNES DE SOUSA, conhecido(a) por GEISOM, Identidade nº 4274045/SS/PB, CPF nº 127361484-44, nacionalidade: brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: comerciante, filho(a) de Geraldo Batista de Sousa e de Maria das Mercedes Nunes de Sousa, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 004/07/1998 (20 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Caibros, Zona Rural de São Jose da Lagoa Tapada-PB, para contato: não informou.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15/08/2018;
- 3) **Horário do fato:** 05:00 :min;
- 4) **Local do fato:** São Jose da Lagoa Tapada-PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Sousa ;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? não;**
- 8) **O veículo o qual o (a) comunicante conduzia encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente?** não

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

VEÍCULO: MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN, COR CINZA, ANO E MODELO 2008, PLACA MNU5451/PB, CHASSI 9C2JC30708R788116, Licenciada em nome de Maria das Merces Nunes de Sousa.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

Vinicius de Noel.

8) Breve resumo do fato:

Que, afirma o comunicante que sofreu um acidente de transito, na data, hora e local acima descrito, quando trafegava de sua residência no endereço acima citado, sentido a Cidade de São Jose da Lagoa Tapada, conduzindo a Motocicleta, acima citada e ao chegar ao Sítio Cais, veio a colidir com um anima(jumento) na pista, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Geisom Nunes de Sousa
Comunicante
OSKARINO SOUTO NUNIZ
ESCRIVÃO ADJUNTO
NAT 00373041

21 NOV. 2018

Modelo_Delegado_SAMEST



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Gelson Nunes de Sousa</i>	CPF titular da conta <i>127.361.484-44</i>	Profissão <i>Recluso</i>
Endereço <i>Sítio Caibroz</i>	Número <i>5/N</i>	Complemento <i>—</i>
Bairro <i>Área Rural</i>	Cidade <i>São José da Lagoa Tapada</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i>Verasdpvst@hotmail.com</i>	CEP <i>58815000</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 9.9919-4307</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº. <i>0558</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA Nº. <i>64852 0</i>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA Nº. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA Nº. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

x Gelson Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

21 NOV. 2018





Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: GEISOM NUNES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180547142
GEISOM NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 15/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13775191

Pag. 01625/01626 - carta_09 - INVALIDEZ



00030813



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 50



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: GEISOM NUNES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180547142
GEISOM NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 15/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14231454

Pag. 00459/00460 - carta_09 - INVALIDEZ



00080230



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 51



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**
Vítima: **GEISOM NUNES DE SOUSA**
Data do Acidente: **15/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13633029

Pag. 00939/00940 - carta_01 - INVALIDEZ



00030470



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 52

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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEISOM NUNES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000064852-0

Nr. da Autenticação 90BD398E51A89BE7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 10:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710105453600000031061040>
Número do documento: 20071710105453600000031061040

Num. 32423166 - Pág. 53

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geison Nunes de Sousa
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.274.045
CPF: 127.361.484-44
Profissão: Recluso
Endereço: Sítio Caibroz, s/n - Área Rural
São José da Lagoa Tapada/PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos, o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Obrigatório-DPVAT

para

a

v

Geison Nunes de Sousa

Sousa/PB, 20/11/2018

Local e data

geison nunes de sousa

Assinatura do Outorgante

21 NOV. 2018



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB
Av. Antônio Sarmento, s/n - bairro São José da Lagoa Tapada - CEP: 58010-000 - Fone: (83) 3222-1000
Título: Cartório Único de São José da Lagoa Tapada - PB
Setor: 2º Ofício - Juiz Cláudio Antônio Nunes de Sousa
Data: 20/11/2018
Assinatura: Geison Nunes de Sousa
Recorde-se: Documento autenticado com foto
Cadastral: Autenticação realizada com foto
Cadastral: Autenticação realizada com foto



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420896/18

Número do Sinistro: 3180547142

Vítima: GEISOM NUNES DE SOUSA

CPF: 127.361.484-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/08/2018

Titular do CPF: GEISOM NUNES DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547142 **Cidade:** São José da Lagoa Tapada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEISOM NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
sequela: ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547142 **Cidade:** São José da Lagoa Tapada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEISOM NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		Nº 9669613987	
VIA	12182425-0	VIA	00100000000
ODONTOVAN	05187021460	ODONTOVAN	05187021460
12182425-0	05187021460	PLACA	MNU5451/PB
NOITE	05187021460	CHASSI	9C2JC30708W788116
MARIA DAS MERCEDES NUNES SOUSA		ESPECIE / TIPO	PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLC
MARCHA / MODELO		ANO FAB.	2008
HONDA / EG 125 FAN		ANO MOD.	2008
CAR / PROT / CAL		COTAS PREDOMINANTE	CINZA
2 P/124 / CI		PARCIAL	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / QTDAS
P IPVA ISENTO		00/00/0000	1*
V PAIXA LEVA		PARCIALMENTE / QTDAS	2*
A *****		0	3*
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)		OP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*****		SEGURO	08/03/2012
*****		OPERAÇÕES	
*****		REST. BEN.TRIBUTARIO	
CONTROLE			
S J LAGOA TEPPIA - PB			
40665			

PB Nº 9669613987 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO	2012
CPF/CNPJ	05187021460
PLACA	MNU5451/PB
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO	2012
VIA	05187021460
CHASSI	9C2JC30708W788116
PLACA	MNU5451/PB
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO	2012
VIA	05187021460
CHASSI	9C2JC30708W788116
PLACA	MNU5451/PB
PRÉMIO TARIFÁRIO	
DESPESA	10F (R\$)
VALOR MÍNIMO DE DESPESA	10F (R\$)
VALOR MÁXIMO DE DESPESA	10F (R\$)
SEGURADO	PARCIAL
VALOR MÍNIMO DE PARCELADO	10F (R\$)
VALOR MÁXIMO DE PARCELADO	10F (R\$)
Seguradora Líder dos Consórcios	
do Seguro DPVAT S/A	
CNPJ: 09.248.608/0001-04	
011436-0951408-20120316	

21 NOV. 2018