



17/07/2020

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**

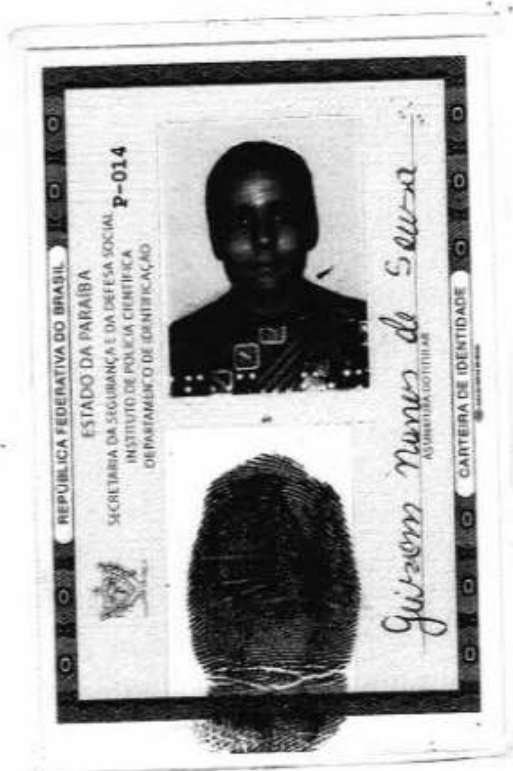
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEISOM NUNES DE SOUSA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32423 166	17/07/2020 10:10	<a href="#">2735050_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



21 NOV. 2018





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 MERCÊDES NUNES DE SOUSA
NATURALIDADE	SOUSA-PB
DATA DE NASCIMENTO	04/07/1998
DOC ORIGEM	NASC. N. 8917 FLS. 278 LIV. 8
	CARTÓRIO SÃO J. L. TAPADA-PB
	127.361.484-44
LEI N° 7.116 DE 26/06/83	

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  
CREBIO 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



**RESOLUÇÃO Nº. 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 208ª 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.**

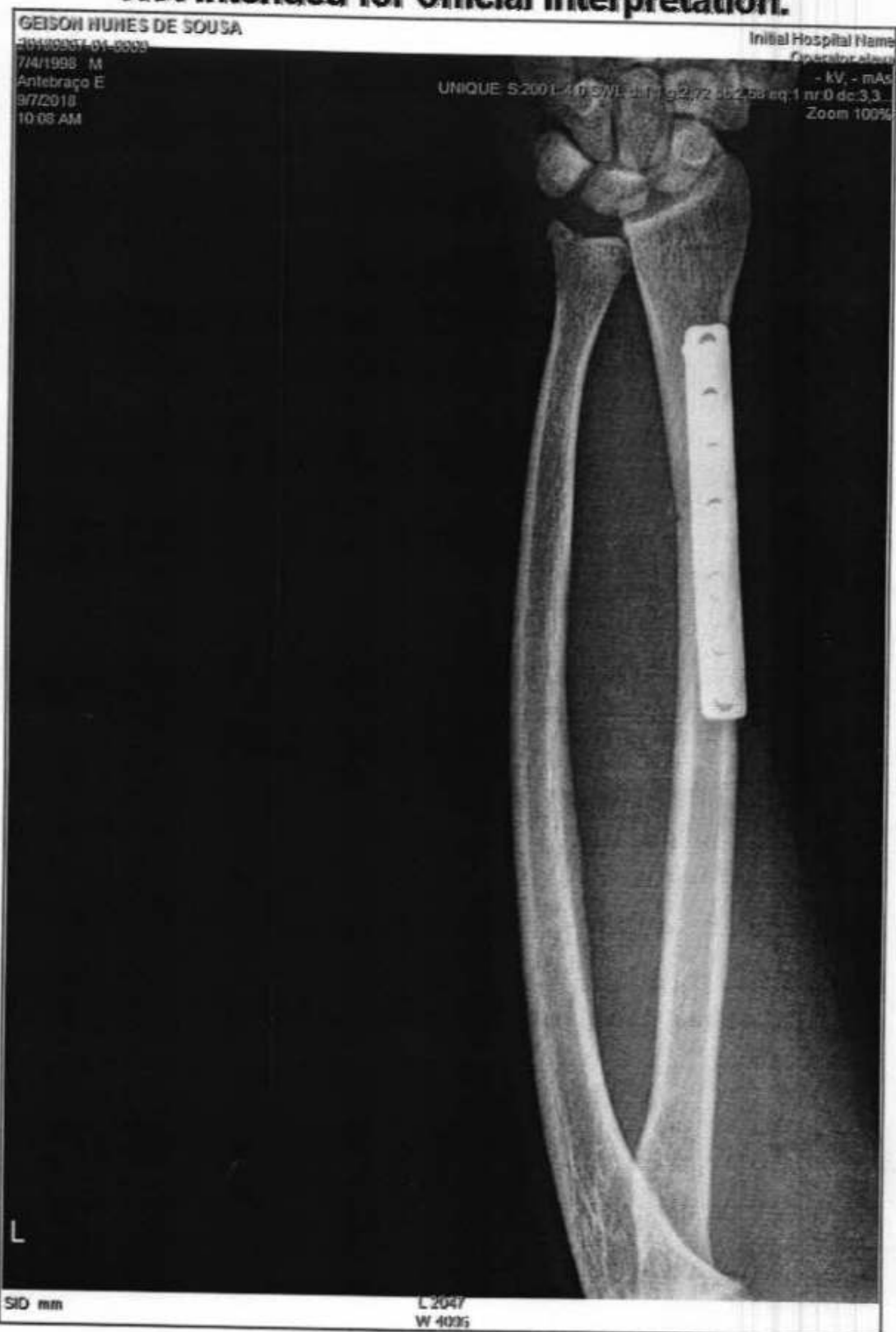
26 DEZ 2018

Atenciosamente, **Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7  
e-mail: danyfisiocz@hotmail.com



**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATUR
18/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
19/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
25/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
26/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
02/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
03/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
10/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
11/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
17/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
18/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
05/11/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
06/11/2018	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
12/11/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
13/11/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
20/11/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
26/11/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
29/11/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
03/12/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
04/12/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			
11/12/18	Itô Proposta.	<i>[Assinatura]</i>			

26 DEZ 2018





**Prefeitura Municipal**  
**São José da Lagoa Tapada**

*Secretaria de Saúde*

# *Fisioterapia*

**Posto de Saúde**  
**Unidade Mista Cacilda Braga**

SUS: 898 0023 5386 8181. DN: 040711998

Nome: Gilson Nunes de Sousa

Endereço: R. Calheiros

Agente de Saúde: João

Data: 18/09/2018

26 DEZ 2018





**SAMU  
192**

*Atendimento a dipirona*



**SÃO JOSÉ**

**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>15/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Geizon Nunes de Sousa</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Bea Vista</u>	Bairro: _____	Médico Regulador: _____		
Após 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"/> 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"/> 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 _____ metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.E. (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"/> Droga
<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 (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)**

Edição motex 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. Cora: \_\_\_\_\_

**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**

☐ Creptação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etílico ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**3 - CIRCULAÇÃO**

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: \_\_\_\_\_

GRF - Código 1362

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. 10



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 261347ECPJUCPR: 06.779.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FAÇINHO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.160.

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA/PB

PACIENTE: WILSON MARCOS DA SILVA

SUS: 208.009.333.888 IDADE: SEXO: M RACA:

DATA NASC: 24/11/1979 PROFISSÃO: engenheiro

ENDEREÇO: Rua da Igreja MUNICÍPIO: Sozinha

BAIRRO: Sozinha DOCUMENTO: RG 4.274.045

ESTADO: Paraíba DATA DO ATENDIMENTO: 15/08/18 COD. MUNICÍPIO: 5802160

CONTATO ( ) Mãe

Accompanhante: pa

ALIMENTOS DE EXAM: NINGUÉM

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:  
NATUREZA DA CONSULTA  
CONSULTA BÁSICA (PAB):  
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG

02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)

03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)

04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM PRESENCIA DE CONSULTA

05- VACINAÇÃO DE ROTINA

06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (GRUPO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)

07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA

08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

10- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

11- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

12- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

13- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

14- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

15- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

16- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

17- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

18- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

19- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

20- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

21- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

22- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

23- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

24- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

25- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

26- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

27- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

28- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

29- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

30- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

31- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

32- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

26 DEZ 2018



GOVERNO DO ESTADO  
Secretária de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

*Exames de laboratório*

Exames

• Exames de laboratório e físico  
Exames

Exames

• Exames de laboratório e físico

• Exames de laboratório e físico

Exames

*Exames de laboratório e físico*  
Medico  
CRM PB 3883

Exames

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

GOVERNO  
DA PARAIBA

26 DEZ. 2018





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



MAT.: 130712

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

ANAMNESE: Deprimido no artelho esquerdo.

Queixa Principal: D+ deformidade no artelho (E) + crepitação.

História da Doença Atual: Paciente sofreu queda de bicicleta  
causando d. S.J. após queda, quando colidiu com  
ruim.

EXAME FÍSICO:

Dr.

Edema

D. J. punhal

Grande deformidade no  
artelho esquerdo

DIAGNÓSTICO: Fratura do antebraço esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 10014 CRM-RN 4228  
TERT-3087 AD-5 2654

26 DEZ. 2018



Hospital		H R S	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Geison Nunes de Sá			130712
Data Operação	Enf.	Leito	
24/08/2018			
Operador		1.º Auxiliar	
Davi			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Ingliz Luiz			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Furto do Abdômen segundo			
Tipo de Operação			
Otimização do Abdômen (F) (Fórmula do Nódulo).			
Diagnóstico Pós Operatório			
Furto da fórm. do nódulo.			
Relatório Imediato do Patologista			
N/A			
Exame Radiológico no Ato			
N/A			
Acidente Durante a Operação			
N/A			

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TEOD-987 AO-52.654

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada a laparoscopia através da via de acesso supraumbilical, com a colocação de 3 trocarts. Foi realizada a insuflação de CO2 para criação de espaço de trabalho. Foi realizada a identificação dos vasos e a colocação de ligaduras. Foi realizada a drenagem do conteúdo do abdômen. Foi realizada a sutura da ferida operatória.

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TEOD-987 AO-52.654

26 DEZ. 2018





**Estado da Paraíba**  
**HOSPITAL REGIONAL DE SOBRAL**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**Categoria:**

**Leito:**

**Enfermaria:**

Case

11

[illegible]

**Executive Director: Pauline J. G.**

26 DEZ. 2018



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

Número do documento: 20071710105453600000031061040

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA

20180115-01-0001

7/11/1998 M

Ombro

02/12/2018

7:39 AM

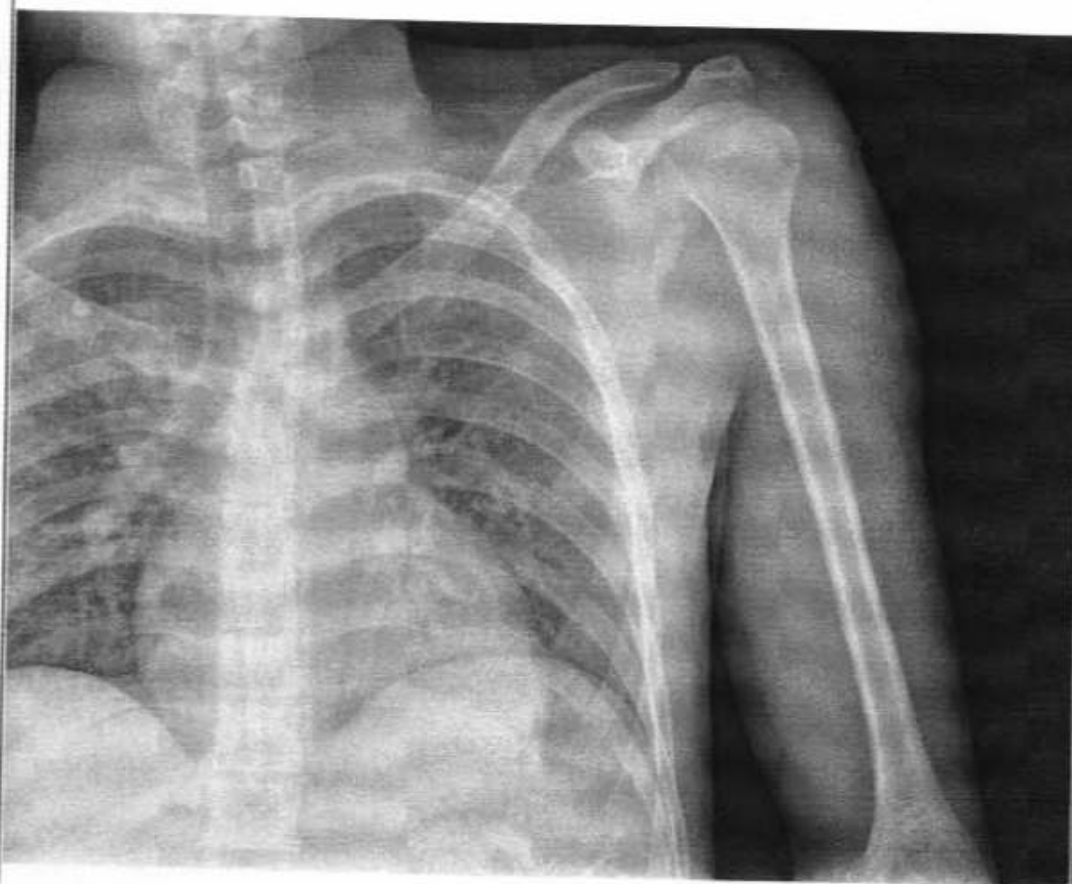
Initial Hospital Name

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%



583 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

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUYES 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%



26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUYES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1988 M

Antebraço E

08/15/2018

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%



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

**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Gerson Nunes de Jesus			132 323
Data Operação	Enf.	Leito	
03/01/2019			
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Denis Rocha			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Amendo Junior			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Módulo do aparelho segundo			
(constituido)			
Tipo de Operação			
Redução de placa e parafusos.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Módulo do aparelho segundo (constituido)			
Relatório Imediato do Patologista			
N/D			
Exame Radiológico no Ato			
N/D			
Acidente Durante a Operação			
N/D			
Dr. Denis Rocha			
MÉDICO			
CRM-PB 7054 CRM-MG 4228			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
<p>Aberto ao ponto de acesso, nos ossos.</p> <p>Após - sutura. Cefal. e parafusos.</p> <p>Redução de placa e parafusos.</p> <p>Ponto de acesso por placa - parafusos.</p> <p>Dr. Denis Rocha</p> <p>MÉDICO</p> <p>CRM-PB 7054 CRM-MG 4228</p>

11 ABR. 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Celma Nogueira

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

03/01/2019

1) Ponta da Vaca 100mg 1x/dia

2) O.S.C. 1 - 1.000mg 1x/dia

3) Oparadina-01 1x/dia 6754

4) Alomax 100mg 1x/dia 8184

5) Oparadina 1x/dia 1x/dia 8184

6) Landina 1x/dia 8184 (5x)

7) Landina 1x/dia 8184 (5x)

8) Landina 1x/dia 8184 (5x)

9) Landina 1x/dia 8184 (5x)

10) Landina 1x/dia 8184 (5x)

11) Landina 1x/dia 8184 (5x)

12) Landina 1x/dia 8184 (5x)

13) Landina 1x/dia 8184 (5x)

14) Landina 1x/dia 8184 (5x)

15) Landina 1x/dia 8184 (5x)

16) Landina 1x/dia 8184 (5x)

17) Landina 1x/dia 8184 (5x)

18) Landina 1x/dia 8184 (5x)

19) Landina 1x/dia 8184 (5x)

20) Landina 1x/dia 8184 (5x)

21) Landina 1x/dia 8184 (5x)

22) Landina 1x/dia 8184 (5x)

23) Landina 1x/dia 8184 (5x)

24) Landina 1x/dia 8184 (5x)

25) Landina 1x/dia 8184 (5x)

26) Landina 1x/dia 8184 (5x)

27) Landina 1x/dia 8184 (5x)

11 ABR 2019

Dr. Dentista Rocha  
MÉDICO  
GRUPO 1054 CRIMINAL 4228

04/01/2019

1) Audito

2) Alida 100mg 1x/dia

Dr. Dentista Rocha  
MÉDICO  
GRUPO 1054 CRIMINAL 4228

Dr. Dentista Rocha  
MÉDICO  
GRUPO 1054 CRIMINAL 4228

Suelio Moreira Torres

20 anos

MAT.: 132.323

Nome: Geison Nunes de Sousa Bloco: Apt.:  
D.N.: 04/07/98 Est. Civil: Resp.: Geraldo Batista de Sousa  
Rua: Sítio Baibes Cidade: S.J. do Tapadão PB  
Médico Assistente: Dr. Denis Clínica: Cirúrgica  
Data da Internação: 02/04/2019 Peso: Temperatura: P.A.

ANAMNESE: Início em artrose aguda.

Queixa Principal: Dor no local de artrose aguda.

História da Doença Atual: Dor com início de dor no artrose aguda.

EXAME FÍSICO: Dor no local  
Difusão no  
edema local

DIAGNÓSTICO: Artrose de quadril esquerdo

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7064 CRM-MN 4228

11 ABR. 2019



**Not intended for official interpretation.**

GEISON RUIES  
20190108010008  
7/4/1998 M  
Anelbrasil E  
1/3/2019  
9:30 PM

UNIQUE S200 L4.0 SWL d 1.1 g 2.72 sb 2.60 ec 1.1  
dc:3.3...  
Zoom 100%



11 ABR. 2019



**Not intended for official interpretation.**

GEISON JUIRES  
20190105011E-0036  
7/4/1908 M  
Arlestrano E  
1/3/2019  
9:30 PM

UNIQUE: S300 L4 D SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:1  
Initial Hospital Name  
Operator Name  
V. - mAs  
dc:3.3  
Zoom 100%



11 ABR. 2019



**Not intended for official interpretation.**



**Not intended for official interpretation.**



11 ABR. 2019



*Unidade a depender*  
**SUS**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613ATENSJCOP: 06.779.267.0027-08  
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FAGUNDO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.180.  
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBAUF: 28

PACIENTE: *Wagner Moreira da Silva*  
SUS: *208.009.338.018* IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: *M* RAÇA: \_\_\_\_\_  
DATA NASC: *04/11/1973* PROFISSÃO: *Engenheiro*  
ENDEREÇO: *Rua da Glória*  
BAIRRO: *Parque* MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: *RG 4.374.075*  
ESTADO: *Paraíba* DATA DO ATENDIMENTO: *15/08/18* COD. MUNICIPAL: \_\_\_\_\_  
CONTATO: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_  
Atendimento de Pronto Atendimento: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS  
*Exame de Urina*  
RESULTADOS  
*Normal*

1. MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS  
2. *Paracetamol 500mg*  
3. *Paracetamol 500mg*  
4. *Paracetamol 500mg*  
5. *Paracetamol 500mg*

*Dr. Roberto*  
CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:  
NATUREZA DA CONSULTA  
CONSULTA BÁSICA (PAB): \_\_\_\_\_  
CONSULTA ESPECIALIZADA: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO  
TIPO DE ATENDIMENTO:  
01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (EMERG)  
02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)  
03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)  
04- ATENDIMENTO DE JORNADA ESPECIALIZADA (ELETIVA)  
05- VACINAÇÃO DE ROTINA  
06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUJETO OU BEM-ESTAR PARTICULARES)  
07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA  
08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE  
09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAMENTO  
SUSCITAÇÃO  
01- PRESENTAÇÃO DE RESERVAÇÃO  
02- APLICADA  
SERVIÇOS REALIZADOS:  
CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO  
IDADE

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) DE SAÚDE  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO  
ASS. DO REVISOR

21 NOV. 2018

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

*Exames de laboratório*

*Exames de laboratório e físico*

*Exames físicos*

*Exames físicos*

*Exames físicos*

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

GOVERNO  
DA PARAIBA

21 NOV. 2018





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



MAT.: 130712

Nome: Geisom Nunes de Jesus Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 09/03/98 Est. Civil: Resp.: Geraldo Batista de Jesus  
Rua: Sítio Gileos Cidade: S.J. Tapada Est.: PB  
Médico Assistente: Dr. Clínica: Cirúrgica  
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Depressão no artelho esquerdo.

Queixa Principal: Dor + deformidade no artelho (E) + inchaço.

História da Doença Atual: Pouco tempo após a cirurgia de artroscopia  
feita no S.J. Tapada, quando colidiu com  
reumat.

EXAME FÍSICO:

Dr.  
Edmo  
D. J. Formosa  
Pouco deformado no  
artelho esquerdo

DIAGNÓSTICO: Lesão do artelho esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 4054 CRM-RN 4228  
TEUT-9877 NO-57654

21 NOV. 2018



Hospital		H R S	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Gerson Nunes de Sá			130712
Data Operação	Enf.	Leito	
24/08/2018			
Operador	1.º Auxiliar		Instrumentador
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Anestesia Geral		
Tipo de Operação			
Osteotomia do Antebraço (K) (Pólo do Rádio)			
Diagnóstico Pós Operatório			
Fechura da pele do rádio			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TEOT-987 AO-52654

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada em Antebraço direito, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°. Realizada a incisão em "J" invertido, com 10 cm de comprimento, iniciando no antebraço e seguindo para o rádio. Realizada a osteotomia com o uso de uma serra elétrica, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°. Realizada a fixação com 2 parafusos de 4,0 mm, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°. Realizada a drenagem com o uso de uma sonda de 16 G, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°. Realizada a sutura com fio 3/0 PDS, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°. Realizada a curativo com gaze e atadura, com o paciente em decúbito supino, braço estendido e flexionado 90°.

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TEOT-987 AO-52654

21 NOV. 2018





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

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome: Gilson Viana Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

09/08/2018

- 1) Dor abdominal - a. p. - a. o. 104.
- 2) 500mg - a. p. - a. o. 104.
- 3) 500mg - a. p. - a. o. 104.
- 4) 500mg - a. p. - a. o. 104.
- 5) 500mg - a. p. - a. o. 104.
- 6) 500mg - a. p. - a. o. 104.

Denise Rocha  
CRM 7064

ALERGICO A DIPIDONA,  
TIVIL E OXOFENCO



25/08/2018

11/08/2018

Apresenta de placa vermelha  
na região do abdômen.

21 NOV. 2018

Gráfica Norte Feire - 1



**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA  
20180815-01-0001  
7/4/1998 M  
Ombro  
8/15/2018  
7:39 AM

Initial Hospital Name  
Operator user  
- kV, - mAs  
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0,86 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...  
Zoom 100%



SD mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA  
20180815-01-0001  
7/4/1998 M  
Rotação crânio  
18/15/2018  
7:52 AM

Initial Hospital Name  
Operator user  
- kV, - mAs  
Zoom 100%

UNIQUE: S200 L4.0 SWL d:0,94 g:2,4 sb:3,23 eq:0 nr:0 dc:3,7...



580 mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018



**Not intended for official interpretation.**



21 NOV. 2018



**Not intended for official interpretation.**



21 NOV. 2018



**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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Mercedes Nunes Sousa,

RG n° 2114268, data de expedição 28/07/94, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF n° 051870214-60, com domicílio na cidade de São José LT, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Área Rural,

n° 3/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 5451/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)



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

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 Invalidadez 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Paçundes de Lira</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>— — —</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>55800000</u>
Email <u>verasdprvt@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(33) 9.8181.8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(33) 9.9719-4307</u>

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

21 NOV. 2018

DLR01.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSP/DS/CE,

CPF nº 933.419.833-53, 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>Jose Rodrigues de Lira</u>
Número	<u>5 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>verascpinat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

DOCUMENTO ORIGINAL

21 NOV 2018



Page 25 - Chris Roberts - John Pearson - 02/2007 - 400  
C:\P\00005\10\2007-400 - 001 - 001 - 001

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 03-448-357  
Cód. para Deb. Automático: 0000636 1200

### Canal de contato

000000000006-9 84260054000-8 05961322018-0 10900177019-8





**SAMU  
192**



**SÃO JOSÉ**

*Alargado a dipirona*

**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>15/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Geison Nunes de Sousa</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Bea Vista</u>		Bairro: _____	Médico Regulador: _____	
Apresenta 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"/> 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"/> 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 _____ 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"/> Droga
<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 (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)**

Colúrio metex 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: 90 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 ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**3 - CIRCULAÇÃO**

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: \_\_\_\_\_

GBF - Código 1362

21 NOV. 2018



- EDEMA

☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M. Inferiores ☐ Anasarca

- PERFUSÃO

☐ 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 ☐ Otorrágia ☐ Rigidez ☐ Midríase

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 ☐ Cânula Orofaringea ☐ Cricotireostomia ☐ Ventilação mecânica (manual - "AMBU")  
☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio (O2) ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Desfibrilação / Cardioversão ☐ Controle de hemorragia  
☐ Curativo ☐ Punção venosa ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical ☐ Sedação ☐ Imobilização de membros ☐ Colar cervical ☐ Talas / Tração  
☐ Orotraqueal ☐ Outros:

ENCAMINHAMENTO

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

AVS 15 foi acionado para atendimento de lesão de fêmur esquerdo, fratura de osso. do antebraço, vítima de acidente motorveicular. Consciente, orientado, encostado em decúbito lateral, suposto de postura no anti-braço superior, prumo no coto - costura na região de sutura e amarração. SSV: M, 1,2 x 80, P: 81, SP: 277. Sob regulação médica foi realizada proteção de A.H. + A.V.P. com S.F. e encaminhado ao HRS e retornamos 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 cabeça (cabeça)

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSA

NOME:

R.G.:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO:

CRM:

MAT:

ENFERMEIRO (A):

COREN:

MAT:

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.:

COREN:

MAT:

CONDUTOR:

MAT:

GBF - Cod 3017

21 NOV. 2018

ENERGIA PARA O FUTURO COM DE ENERGIA S/A  
Cruz das Almas - Bahia - Brasil - CEP 45.711-400  
CNPJ 06.963.070/0001-40 - Tel: (71) 3.521.1111

Nota Fama: Certificado Energia Electrica NTC 274-228  
Cod. para Del. Automatica: 5095773288

<b>Conta referente a</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Data prevista da próxima leitura</b>	<b>CPF/ CNPJ/ RANI</b>
Mai / 2018	30/05/2018	29/06/2018	5187021460 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/778208-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Basta o aplicativo Empresas ON em qualquer smartphone ou tablet.  
Você terá acesso a segunda via de conta, mudança de titularidade,  
informações sobre taxa de energia e diversos outros serviços.  
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite isso!

CD: Códigos de Classificação do item	TOTAL	48,97	60,85	15,16	82,85	0,20	1,70
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

**VENCIMENTO**  
**07/06/2018**

**TOTAL A PAGAR**  
**RS 46.97**

Histórico de Consumo (kWh)

05	06	04	07	02	03	02	01	00	00	00	02
Nov/17	Jun/17	Jul/17	Apr/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

d143.045e c084.8de4.900d.5971.6582 dc27.

[illegible]

Waters EUSC 444 1 (2003) 417-44

**ATENÇÃO**

## Faturas em atraso

242424

VENCHMENT®

21 NOV. 2018



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

Geison Nunes de Sousa

CPF da Vítima

127.361.484-44

Data do Acidente

15/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Verasdpvate@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83) 9.9919-4307

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Geison Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**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(ela) habilitado?** não;
- 8) **O veículo o qual o (a) comunicante conduzia encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente?** nao

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

VEICULO: MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN, COR CINZA, ANO E MODELO 2008, PLACA MNU5451/PB, CHASSI 9C2JC30708R788116, Licenciada em nome de Maria das Mercedes 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 animal(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

OSCARINO SOUTO MUNIZ  
ESCRIVÃO AD-POC  
RAT 003739-1

21 NOV. 2018





**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: 127.361.484-44 Nome completo da vítima: Geison Nunes de Sousa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<u>Geison Nunes de Sousa</u>		CPF titular da conta	<u>127.361.484-44</u>	Profissão	<u>Recuso</u>	
Endereço	<u>Sítio Caibroz</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>---</u>	
Bairro	<u>Area Rural</u>	Cidade	<u>São José da Lagoa Tapada</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58815000</u>
E-mail	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>				Telefone (DDD)	<u>(93) 9.9919-4307</u>	

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"/> RECUSO 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"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NR: <u>0558</u> D/V: <u>0</u> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NR: <u>64852</u> D/V: <u>0</u> (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome: _____ NR: _____ <b>AGÊNCIA</b> NR: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)			
<b>CONTA</b> NR: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)			

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018  
Local e Data

Geison 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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01625/01626 - carta\_09 - INVALIDEZ

00030813



Carta nº 13775191



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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00459/00460 - carta\_09 - INVALIDEZ

00080230



Carta nº 14231454



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



# 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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Geison Nunes de Sousa  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4.274.045  
CPF: 127.361.484.44  
Profissão: Recuso  
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 as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia 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

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



## 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEISOM NUNES DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-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](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.

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 OSTEOSSÍNTESE 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 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 CIDADÊS

DETRAN - PB Nº 9669613987  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - COD. RENAVAM 2012 12182425-0 00/00000000 2012

MARTA DAS MERCEDES NUNES SOUSA

05187021460 MNIU5451/PB

NOVO PB 9C2JC30708R788116

ESPECIE/DIPO COMBUSTIVEL  
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

2 P/124 /CI

IPVA ISENTO 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 08/03/2012

SEGURADOR REST. BEN. TRIBUTARIO

DATA DE EMISSAO 16/03/2012

11436

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU. SEGURO DPVAT

PB Nº 9669613987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05187021460 MNIU5451/PB

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

DATA EMISSAO 16/03/2012

EXERCICIO 2012

21 NOV. 2018