
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036651

Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Data do Acidente: 22/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FIDEL FEITOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCELIO DE SOUZA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036651 Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Data do Acidente: 22/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FIDEL FEITOSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOCELIO DE SOUZA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036651

Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Data do Acidente: 22/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FIDEL FEITOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOCELIO DE SOUZA GOMES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000040

Conta: 0000081185-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036651

Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Data do Acidente: 22/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FIDEL FEITOSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCELIO DE SOUZA GOMES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0040 CONTA: 81185 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Capazeiras, PB - 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 484/2019 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**

Data do fato: 22/10/2019 Horário: 14h30min, aproximadamente.

Data de notícia do fato a Depol: 03/12/2019

SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. YVNA CORDEIRO LOPES DE SIQUEIRA.

DECLARANTE: JOCELIO DE SOUZA GOMES, natural de Cajazeiras/PB, nascido em 02/09/1992, com 27 anos de idade, solteiro, agricultor, CPF: 090.832.214-31, filho(a) de José Josivan Gomes e de Maria do Socorro de Souza Gomes, residente no Sítio Cachoeirinha, área rural de Cajazeiras/PB, telefone: 9100-7372.

VÍTIMA: o declarante.

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: o declarante, JOCELIO DE SOUZA GOMES, informa que na data e horário acima citados, guiava a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN, ano/modelo 2006/2007, cor predominante preta, placa: HYU-1088/PB, chassi: 9C2KC08107R066218, matriculada em nome JÚLIO GOMES DE SOUZA JÚNIOR; QUE trafegava na Rua Camilo de Holanda, Centro de Cajazeiras/PB, quando nas proximidades do Posto Santo Antônio, colidiu num carro de condutor não identificado, caindo ao chão; QUE após o sinistro foi socorrido por populares e levado ao Hospital Regional de Cajazeiras/PB, sofrendo fratura na mão direita; QUE em virtude deste fato o declarante vem a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 03 de dezembro de 2019.

Joelcio de Souza Gomes



Notificante



Testemunha Arrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Joabson Lins do Santos

Mat. 181.946-1



Joabson L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0040 CONTA: 81185 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Capazeiras, PB - 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOCELIO DE SOUZA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000081185-8

Nr. da Autenticação D85351046A485724



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R-204, Km 25 - Criação Redentora - João Pessoa/PB - CEP 54071-000
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.202-1

Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica Nº002 006 700
Cod. para Débito Automático: 90001375283
Acesse: www.energisa.com.br

Cod. para Deb. Automático: 0000737226
Acesse: www.energisa.com.br

CPE/ CNPJ/ RANI

068.166.674-77

Canal de contacto

- Tarifa Social de Energia Elétrica: TSEI foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
05/09/19	05/09	07/10/19	05/19							
Demonstrativo										
		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Imp. Soma (R\$)	Base Calc	Por Id.	Consumo (R\$)	Coluna (R\$)	
			Trimestre (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por Consumo (R\$)	ICMS (R\$)	Por Id.	Consumo (R\$)	
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,180880	5,72	0,00	0	0,00	6,72	0,05	0,22
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,329840	9,49	0,00	0	0,00	8,49	0,07	0,33
0001	Adc. B. Vermelha			0,53	0,00	0	0,00	0,53	0,01	0,03
0001	Adc. B. Amarela			0,08	0,00	0	0,00	0,08	0,00	0,00
0010	Subsídio			17,36	0,00	0	0,00	17,36	0,14	0,67
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0001	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 07/2019			0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 08/2019			0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 07/2019			0,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 08/2019			0,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	REST. BANDA AMAR. RESIDENCIAL 08/2019			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Devolução Subsídio			-18,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCl: Código de Classificação do Bem		TOTAL								
Tarifa e Tributo		Até 30 kWh - 0,180880	Até 100 kWh - 0,329840	28,71	0,00	0,00	32,50	0,27	1,25	

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	28.71	0.00	0.00	37.90	0.27	1.26
Tarifa s/ Tributos	Ala 304/04 0.101730	Ala 1003/04 0.311450					

10

14/10/2019

R\$ 26.71

Histórico de Consumo (kWh)

54	73	52	61	65	61	71	27	26	73	75	47
Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19

9d1a.128a.063d.b928.d855.90d7.c7b1.58ac

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,79		
DIGITRIMESTRAL	11,58	0,00	
ANUAL	23,16		NOMINAL
TRIMESTRAL	3,42	0,00	
SEMESTRAL	6,85		
ANUAL	13,70		CONTRATA
TRIMESTRAL	3,42		LIMITE INFERIOR
SEMESTRAL	6,85	0,00	LIMITE SUPERIOR
ANUAL	13,70		

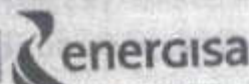
Comparações de Condições

Serviços de Out. de Energia e Fg.	5,51	20,85
Comunicação e Energia	7,28	27,13
Serviços de Transmissão	0,82	3,07
Energias Alternativas	0,93	3,11
Impostos Gerais e Encargos	12,31	46,03
Outros Serviços	0,00	0,00
Total		

Vinculo do Evid (Ref 8/2015) R\$ 10,00

[illegible]

Set/19 13.61



Ligação: MONOFÁSICO
Código: COM MTC B5/ COMERCIAL - COMERCIAL
Robots: 8-212-180-350 Referência: Out / 2019
Modelo: 50001039828 Emissão: 18/10/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 220, Km 26 - Caixa Postal - Jd. Petrópolis - P.R. - CEP 0671-090
DIPJQ 095.103/2701-40 - Ins. Est. 18.015.632-0
Nota Fiscal / Contador: Empresa: ENEC 00298204
Cód. para Rec. Automática: 002111623

Management al Clienti ENERGA 0800 083 0196 [Accedi a **www.energa.com.br**](http://www.energa.com.br)

Conta referente a:	Aprovação:	Data prevista de próxima leitura:	CPF/CNPJ/RAV
Out / 2019	16/10/2019	14/11/2019	074.240.554-41

UC (Unidade Consumidora): 5/1114568-5

Compre o bilhete de ida e volta para o aeroporto e o traslado para o hotel. O bilhete de ida e volta para o aeroporto e o traslado para o hotel. O bilhete de ida e volta para o aeroporto e o traslado para o hotel.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
10/06/19	7839	10/10/12	7855						30
Desmembrados									
001	Consumo Energia	10/06/19	7839	02.11	02.11	0	20.55	0.00	0.00
002	Acq. B. Financeira			0.78	0.78	0	0.69	0.78	0.00
003	Acq. B. Financeira			0.21	0.21	0	0.14	0.21	0.00
LANÇAMENTOS DE RESERVA									
004	CONTRIBUIÇÃO IM. PUBLICA			0.50	0.50	0	0.50	0.00	0.00
005	CUSTO DE EMISSÃO DE VIA			0.01	0.01	0	0.01	0.00	0.00
006	JURADO DE MONITORIA			0.03	0.03	0	0.03	0.00	0.00
007	MUTUO			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00
008	RESTAURANTE AMAR. COMERCIAL			0.14	0.14	0	0.14	0.00	0.00
TOTAL				0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
16/11/2019	R\$ 106,48

Instituto de Cultura da Universidade de São Paulo

EL	131	100	20	148	172	54	85	118	127	151	177
DATE	Nov 14	Dec 12	Jan 17	Feb 19	Mar 15	Apr 18	May 12	June 13	July 6	Aug 17	2nd 0

RESERVADO AO FISCO

7b91.8dee.53aa.b5ff.d273.2a53.29b7.abda

Indicadores de Qualidade

	Unidade de KWH	Valor Cobrado	Unidade de Taxa (U)	
1. SERVIÇO	3,79	0,00		
2. TAXA DE TRANSFER.	11,00		1000000	3000
3. C.A.P.A.M.	23,16			
4. P.C.M.S.T.A.	3,67	0,00		
5. TAXA DE TRANSFER.	12,50		1000000	3000
6. C.A.P.A.M.	12,50			
7. C.A.P.A.M.	3,31	0,00		
8. C.A.P.A.M.	12,22			

Composição do Consumo

Discriminaces	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	21,74	21,74
Comércio de Energia	90,38	29,82
Serviços de Transmissão	5,45	1,82
Energia Solar	5,45	1,82
Instalaes Elétricas e Energia	42,99	40,31
Outros Serviços	3,01	2,82
Total	108,82	100,00

Value on 04/02/2019: 95.06,00

ATENÇÃO

[illegible]

Agg/19 123,57

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

PAGADOR: FIDEL FERTOSA - CPF/CNPJ: 04.244.554-41
RUA BELICA MARQUES GALVÃO, 519 - CENTRO - CAJAZEIRAS/PB CEP: 55660-000

Número do	Id. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
-----------	---------------	--------------------	--------------------	------------

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O 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 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 COAF².

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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fidel Fiteira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.248.554 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Tacelia de Souza Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.832.214 / 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tacelia de Souza Gomes
inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.832.214 / 31, 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 Beliza Marques Galvão</u>	Número:	<u>514</u>	Complemento:	<u>- x -</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Capazeiro</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.900.000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(85) 99180-9410</u>

Local e Data: Capazeiro, PB - 20/01/2020

Fidel Fiteira
Assinatura do Declarante

CODIGO DA UNIDADE: 2813476
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA
MUNICIPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA TELEFONE: (83) 3531-3563
UF: 25
Tipo de Atendimento: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE
Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES
Raça/Cor: PARDA Sexo: M
Dt. Nasc: 02/09/1992 Idade: 27 ano(s) mês(es) de Idade dia(s) de Idade
Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA GOMES Documento: RG:3456706 SSP-PB
Profissão: ENTRAGADOR Nº:
Endereço: SITO CACHOEIRINHA
Bairro: ZONA RURAL
Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 56900000 - 250370
Telefone para Contato: / (83) 3351-3563 CNS: 703403006122900
Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:
Alergia Medicamentosos: () Não () Sim
SSV
PA: HGT: TEMP.: FC: FR: SPO2:
SERVIÇO SOCIAL

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

12 dia de PO de fx.
5º QRP a ser quer

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Ex mal B

RECEPCIONISTA: JANIELSON CARTAXO

1.
2.
3.
4.
5.
01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO - descrição
Lurdivino

fx 5º QRP B DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO
ENCAMINHAMENTO
CID-10:
1. PRESCRITA
2. APLICADA
OBSERVAÇÃO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 03010601ao 4.
2. 02040400fx 5.
3. 6.
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
MÉDICO / CNS / CRM
CBO
Cirurgião Plástico
Ortopedista
CRM PB 48271 / FEO 14274
ASS. DO REVISOR TÉCNICO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO
CARIMBO



AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente JOCELIO DE SOUZA GOMES							
Município de Moradia do Paciente CAJAZEIRAS - PB / 58900-000 / 250370							
Profissão NÃO INFORMADO							
AIH		Prontuário		Mês de Atend.		Ano de Atend.	
		1906208		OUTUBRO		2019	
Idade	Sexo	RG	CPF	RN	Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS
27 anos	M	☐	☐	☐	☐	☐	☒
						Nº do Documento 703403005122900	
LOGRADOURO		ENDEREÇO, NUM, BAIRRO					
SITIO		CACHOEIRINHA					
Data da Internação		Dia da Alta		Dia(s) de Permanência		Atendimento SUS	
29/10/2019		02/11/2019		4		x	
Condições de Alta MELHORA (12)							
Procedimento 0301060070 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA							
CID R69 CAUSAS DESCONHECIDAS E NAO ESPECIFICADAS DE MORBIDADE							
Médico Assistente - CRM - Matrícula JOSÉ LEITE LANDIM NETO - CRM 11767-PB - 3074510							
OBS 							

sexta-feira, 29 de novembro de 2019

**SUS**
 Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

4 - CNES

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7103111031010511212191010

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1992

9 - SEXO

MASC. ☒ 1FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mário do Socorro de Sousa Gomes.

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sitio Cachoeirinha.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

250370

15 - UF

PB

16 - CEP

51810-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

marido com dor
na região lombar

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queda

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico + N

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTC L1 e PNT de 5. JML

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

 Dr. José Landim Neto
MÉDICO
DE F1767
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES E VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

217 2-04

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

RG: N.º 3456706 SSP / PB

Nome Joelcio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

71013410310101541212191010

Data Nascimento 02 / 09 / 1992 Residente à (Rua, Av.) Silve

Cachoeirinha

N.º

Bairro Tema Rural

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente

Joãozinho

Grau Parentesco

Esposa

to qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

debiencia

Funcionário Responsável

Joãozinho Alencar Dias

Paciente Responsável

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: Osório de Souza Costa Filho de: João
João Gomes e de Paula do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade: _____
Cor: Parda Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Engenheiro
Internado em 29 de Outubro de 2019

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Tumor no abdômen

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Na região do abdômen
distensão leve

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico:

Tumor no abdômen

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome João de Souza Idade 117 Enf. 117 Leito 04

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido	36	82	18	110x70
		note-se presença de obstrução				
		urinary; estado verbalizado;				
		segue os cuidados da equipe.				
	20:00	SSVV ————	36.7	80	20	120x80
30/10/19	08:00	SSVV ————	35.8	76	16	150x10
		Paciente, consciente, orientado verbaliza.				
		Segue os cuidados da equipe.				
30/10/19	19:00	SSVV ————	35.6	82	18	160x80
31.10.19	07:30	pac. consciente	36.4	80	18	120x80
		orientado, verbaliza				
		ambula, aceto				
		alimentação; elimi-				
		nações, Presença e				
		normal segue aos				
		cuidados da equipe ————				Vander 497190
31.10.19	20:00	SSVV ————	36.7	88	27	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labio consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		ambulando ligeri-				
		zado Eliminação Pu-				
		resentes segue aos cuida-				
		dos da equipe ————				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocelino de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	
	29.10.19	Admitido para ato cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, apical normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (+) e normais (SIC), segue aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. 5327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-Operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em FGR, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, respirando ar ambiente, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações físicas e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonéticas, Perifusão periférica preservada, AVP em MSE, murmúrios vesiculares normais com expansibilidade torácica bilateral preservada ABD: Abdomen flácido indolor a palpação. PA: (160 x 110 mmHg) R: (16,4 l/min) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe. ACD de enf da FSN Tristide de Aguiar Queiroz. Anne Caroline de Souza Enfermeira COREN-PB 558.6982
31/10/19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Apical, eupneico. Mucosas úmidas, sem repouso imediato. Eliminações físicas (SIC), aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. Ayze Batista de Lucena Enfermeira COREN-PB 221.230
01.11.19		Paciente evolui consciente, verbalizando, eupneico, sem sinais, sem repouso imediato. Eliminações físicas

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	1º PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
PO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA				
ESTADO VENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA				APLICADAS ÀS	EFEITO				
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO			
						Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____			
LÍQUIDO						Laringo Espasmo: _____ Lenta _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
CÓDIGO VP: TERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO						Outros: _____			
						MANUTENÇÃO			
	260					1) Suf. <i>inicial</i>			
	240					2) Bloq. <i>total</i>			
	220					3) Bloq. <i>total</i>			
	200					4) Bloq. <i>total</i>			
	180					5) Bloq. <i>total</i>			
	160					6) Bloq. <i>total</i>			
	140					7) Bloq. <i>total</i>			
	120					8) Bloq. <i>total</i>			
	100					9) Bloq. <i>total</i>			
	80					10) Bloq. <i>total</i>			
	60					11) Bloq. <i>total</i>			
	40					12) Bloq. <i>total</i>			
	20					13) Bloq. <i>total</i>			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____				
ANOTAÇÕES					Não Por Que: _____				
AGENTES					DESPERTAR				
TÉCNICA					Reflexos na SO: _____				
OPERAÇÃO					Obstr.: _____ CO: _____ Excit.: _____				
CIRURGIÕES					Náuseas: _____ Vômitos: _____				
ANESTESISTAS					Outros: _____				
OBSERVAÇÕES					Com Cânula _____				
						Para o Leite: Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES: _____			
						CÂNULAS			
						PERDAS SANGÜÍNEAS			

Dra. Priscilla de S. Silva - Anestesiologista
CRM-PB 7513



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

ATESTADO MÉDICO

Neste para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador(a) de RG nº

nesta data, por motivo das

CID-10

for submetido (a) à consulta Médica

horas, sendo portador da afecção

por um período de

a partir desta data:

Atestado J. Garcia

for submetido (a) à consulta Médica

horas, sendo portador da afecção

Cajazeiras-PB, 01/11/19

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Valente A. Colares
Ouro Preto - RJ, 19/08/2017
REC-726-1338-5017
Carimbo - Hospital Regional de Cajazeiras

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o Dr. (a)

diagnóstico codificado CID ou por extenso, neste atestado médico

a registrar o

Assinatura do Paciente ou Representante



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

14

Proceder aos exames

com o médico responsável

com o médico responsável

com o médico responsável

Relatório Médico

Paciente **Jocélio de Souza Gomes**, 27 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x carro) no município de Cajazeiras- PB no dia 22/10/2019 com BO de número 484/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no 05° quirodáctilo da mão direita e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no 05° quirodáctilo da mão direita com uso de tala gessada por um período de 08 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em osso do 05° quirodáctilo da mão direito com redução + fixação com colocação de 02 fios de Kirschnr por um período de 30 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschnr e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

05° Quirodáctilo da mão direita apresenta 02 cicatrizes com cerca de 02cm de diâmetro cada, localizado 01 na face medial e 01 na face lateral do mesmo (Cicatrizes 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 05° quirodáctilo da mão direita para as AVDs.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 50% da capacidade funcional do 05° quirodáctilo da mão direita.

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
médica
CRM/PB-8445

Cajazeiras, 21.02.2020

~~Drª Luiziane Lira M. Fontes~~
~~Médica~~
~~CRM/PB-8445~~

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

CÓDIGO DA UNIDADE: 2813476
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA
MUNICIPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA TELEFONE: (83) 3531-3563
UF: 25

Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES
Raça/Cor: PARDA Sexo: M
Dt. Nasc: 02/09/1992 Idade: 27 ano(s) mês(es) de Idade dia(s) de Idade
Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA GOMES Documento: RG:3456706 SSP-PB
Profissão: ENTRIGADOR Nº:
Endereço: SITO CACHOEIRINHA
Bairro: ZONA RURAL
Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 56900000 - 250370
Telefone para Contato: / (83) 3351-3563 CNS: 703403006122900
Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosos: () Não () Sim
SSV
PA: HGT: TEMP.: FC: FR: SPO2:

SERVIÇO SOCIAL

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

12 dia de PO de fx.
5º Q120 a sem quer

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS
Tx mal B

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO - descrição

5º Q120 B

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO
OBSERVAÇÃO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

CID-10:

1. 03/01/2020
2. 03/01/2020
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S):
J. Indalecio P. P. Fernandes
CBO
Ortopedia - Traumatologia
CRM PB 48271 / FOL 14274

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
X. José de Souza Gomes
ASS. DO REVISOR TÉCNICO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente JOCELIO DE SOUZA GOMES							
Município de Moradia do Paciente CAJAZEIRAS - PB / 58900-000 / 250370							
Profissão NÃO INFORMADO							
AIH		Prontuário		Mês de Atend.		Ano de Atend.	
		1906208		OUTUBRO		2019	
Idade	Sexo	RG	CPF	RN	Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS
27 anos	M	☐	☐	☐	☐	☐	☒
						Nº do Documento 703403005122900	
LOGRADOURO SITIO		ENDEREÇO, NUM, BAIRRO CACHOEIRINHA					
Data da Internação 29/10/2019		Dia da Alta 02/11/2019		Dia(s) de Permanência 4		Atendimento SUS x	
Condições de Alta MELHORA (12)							
Procedimento 0301060070 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA							
CID R69 CAUSAS DESCONHECIDAS E NAO ESPECIFICADAS DE MORBIDADE							
Médico Assistente - CRM - Matrícula JOSÉ LEITE LANDIM NETO - CRM 11767-PB - 3074510							
OBS 							

sexta-feira, 29 de novembro de 2019

**SUS**
 Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

4 - CNES

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710311031010511212191010

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1992

9 - SEXO

MASC. ☒ 1FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mário do Socorro de Sousa Gomes.

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sitio Cachoeirinha.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

250370

15 - UF

PB

16 - CEP

51810-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

marido com dor
na região lombar

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queda

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico + N

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTC L1 e PNT de 5. JML

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

 Dr. José Landim Neto
MÉDICO
DE 11767
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

217 2-04

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

RG: N.º 3456706 SSP / PB

Nome Joacilino de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

71013410310101541212191010

Data Nascimento 02 / 09 / 1992 Residente à (Rua, Av.) Silve

Cachoeirinha

N.º

Bairro Terra Roca

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente

Joacilino

Grau Parentesco

Esposa

to qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

debiencia

Funcionário Responsável

Joacilino de Souza
Paciente Responsável

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: Osório de Souza Costa Filho de: Jose
Jozeiram Gomes e de Paula do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade: _____
Cor: Parda Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Engenheiro
Internado em 29 de Outubro de 2019

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Trauma e into

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Não a paralisia do S. MC
Dificuldade leve

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico:

Paralisia do S. MC

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
RUA JOÃO DE SOUZA MACHADO

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Joelão S. Calvo Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

01/11/19

1) Pinta leve

2) Pinta leve

Pinta d
se ch
ver d

3) C.S.V

4) M. p. 100 mg em 6/6h

18. 1. 1. 2

5) 100 mg em 6/6h

Dr. Valdemir A. Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
RFO 1283 - CBO 3611
Cirurgia de Joelho - Artroscopia

Dr. Valdemir A. Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
RFO 1283 - CBO 3611
Cirurgia de Joelho - Artroscopia

Alto limbo 1 Rx leve

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome João de Souza Idade 117 Enf. 117 Leito 04

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido	36	82	18	110x70
		note-se presença de obstrução				
		urinary; estado verbalizado;				
		segue os cuidados da equipe.				
	20:00	SSVV ————	36.7	80	20	120x80
30/10/19	08:00	SSVV ————	35.8	76	16	150x10
		Paciente, consciente, orientado verbaliza.				
		Segue os cuidados da equipe.				
30/10/19	19:00	SSVV ————	35.6	82	18	160x80
31.10.19	07:30	pac. consciente	36.4	80	18	120x80
		orientado, verbaliza				
		ambula, aceto				
		alimentação; elimi-				
		nações, Presença e				
		normal segue aos				
		cuidados da equipe				Vandir 497190
31.10.19	20:00	SSVV ————	36.7	88	27	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labio consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		ambulando ligeri-				
		zado Eliminação Pu-				
		reses segue aos cuida-				
		dos da equipe ————				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocelino de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	
29.10.19		Admitido para ato cirúrgico consciente, eúxico, acianótico, apical normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (+) e normais (SIC), segue aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. 5327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-Operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em FGR, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, respirando ar ambiente, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações físicas e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonéticas, Perifusão periférica preservada, AVP em MSE, murmúrios vesiculares normais com expansibilidade torácica bilateral preservada ABD: Abdomen flácido indolor a palpação. PA: (160 x 110 mmHg) R: (16,4 l/min) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe. ACD de enf da FSN Tristide de Aguiar Queiroz. Anne Caroline de Souza Enfermeira COREN-PB 558.6982
31/10/19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Apical, eúxico. Membros superiores normais, dor e repouso preservados. Eliminações físicas (SIC), aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. Ayze Batista de Lucena Enfermeira COREN-PB 221.230
01.11.19		Paciente evolui consciente, verbalizando, eúxico, acianótico, apical, dor e repouso preservados. Eliminações físicas e intestinais presentes.

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	1º PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
PO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA				
ESTADO VENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA				APLICADAS ÀS	EFEITO				
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO			
						Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____			
LÍQUIDO						Laringo Espasmo: _____ Lenta _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
CÓDIGO VP: TERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO						Outros: _____			
						MANUTENÇÃO			
	260					1) Suf. <i>inicial</i>			
	240					2) Bloq. <i>total</i>			
	220					3) Bloq. <i>total</i>			
	200					4) Bloq. <i>total</i>			
	180					5) Bloq. <i>total</i>			
	160					6) Bloq. <i>total</i>			
	140					7) Bloq. <i>total</i>			
	120					8) Bloq. <i>total</i>			
	100					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
	80					Não Por Que: _____			
	60					DESPERTAR			
	40					Reflexos na SO: _____			
	20					Obstr.: _____ CO: _____ Excit.: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES					Com Cânula				
ANOTAÇÕES					Para o Leite: Sim _____ Não _____				
AGENTES					CONDIÇÕES:				
TÉCNICA					CÂNULAS				
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDAS SANGÜÍNEAS			

Dra. Priscilla de S. Silva - Anestesiologista
CRM-PB 7513



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

ATESTADO MÉDICO

Neste para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador(a) de RG nº

nesta data, por motivo das

CID-10

for submetido (a) à consulta Médica

horas, sendo portador da afecção

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas
por um período de 45 (quarenta e cinco) dias,
a partir desta data.

Cajazeiras-PB, 01/11/19

Dr. Valenir A. Colassou

Ortopedia e Traumatologia

REC-726-1338-5017

Conferência - Antropometria

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o Dr. (a)

diagnóstico codificado CID ou por extenso, neste atestado médico

a registrar o

Assinatura do Paciente ou Representante



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

14

REC 0000

Prescrição para o

paciente com o

diagnóstico CID - 01

do

Relatório Médico

Paciente **Jocélio de Souza Gomes**, 27 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x carro) no município de Cajazeiras- PB no dia 22/10/2019 com BO de número 484/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no 05º quirodáctilo da mão direita e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no 05º quirodáctilo da mão direita com uso de tala gessada por um período de 08 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em osso do 05º quirodáctilo da mão direito com redução + fixação com colocação de 02 fios de Kirschnr por um período de 30 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschnr e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

05º Quirodáctilo da mão direita apresenta 02 cicatrizes com cerca de 02cm de diâmetro cada, localizado 01 na face medial e 01 na face lateral do mesmo (Cicatrizes 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 ausência da ADM do 05º quirodáctilo da mão direita para as AVDs.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 50% da capacidade funcional do 05º quirodáctilo da mão direita.

Dra Luíziara N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Cajazeiras, 04.06.2020

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes

Medica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

CGC/CPF: 08.778.368/0020-23

Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES
Sexo: M
Raca/Cor: PARDA
Idade: 27 ano(s) meses(es) de idade dias(as) de idade

Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA GOMES
Profissão: ENTREGADOR
Endereço: SÍTIO CACHOEIRINHA
Documento: RG:3456706 SSP-PB Nº:

Bairro: ZONA RURAL
Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 58900000 - 250370
Telefone para Contato: / (83) 3351-3563
Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosas: () Não () Sim
SSV
PA: HGT: TEMP.: FC: FR: SPO2:

SERVIÇO SOCIAL

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

22 An de PD de fx.
50 QP de par quer

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Vx mo B

RECEPCIONISTA: JANIELSON CARTAXO

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição

Curativo

DIAGNÓSTICO

fx 5º QP B

CID-10: _____

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 03010601ao
2. 0204 Chupeta
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMPOS

MÉDICO / CNS / CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Dr. Joacilcio P. de S. Fernandes
CRM/PB 48271 / FORT 14274
Ortopedia - Traumatologia

X. José de S. Gomes
ASS. DO REVISOR TÉCNICO
CARIÓTIPO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIÓTIPO

CADASTRO:

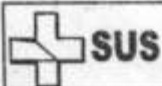
788594422



AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente				
JOCELIO DE SOUZA GOMES				
Município de Moradia do Paciente				
CAJAZEIRAS - PB / 58900-000 / 250370				
Profissão				
NÃO INFORMADO				
AIH	Prontuário	Mês de Atend.	Ano de Atend.	
	1906208	OUTUBRO	2019	
Idade	Sexo	RG	CPF	RN
27 anos	M	☐	☐	☐
		Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS
		☐	☐	☒
		Nº do Documento		
		703403005122900		
LOGRADOURO		ENDEREÇO, NUM, BAIRRO		
SITIO		CACHOEIRINHA		
Data da Internação	Dia da Alta	Dia(s) de Permanência	Atendimento SUS	
29/10/2019	02/11/2019	4	x	
Condições de Alta				
MELHORA (12)				
Procedimento				
0301060070 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA				
CID				
R69 CAUSAS DESCONHECIDAS E NAO ESPECIFICADAS DE MORBIDADE				
Médico Assistente - CRM - Matrícula				
JOSÉ LEITE LANDIM NETO - CRM 11767-PB - 3074510				
OBS				

sexta-feira, 29 de novembro de 2019



Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC. ☒ 19 - SEXO FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES E COMORBIDADES)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

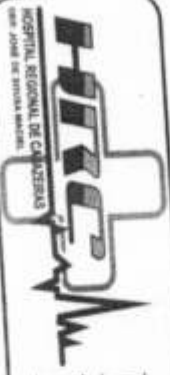
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

21/7 2004

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

RG: N.º 3456706 SSP / PB

Nome Jaelio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

7101341013101015141212191010

Data Nascimento 02 / 09 / 1992

Residente à (Rua, Av.) Sítio

Cachoeirinha

N.º Bairro Zona Rural

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente

Joãozinho

Grau Parentesco Esposa

no qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2015

Funcionário Responsável

Deiane

Paciente Responsável

Joãozinho Alexandre Dias

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: Osório de Souza Costa Filho de: Jose
Joáquina Gomes e de Marina do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade: _____
Cor: Parda Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Engenheiro
Internado em 29 de Outubro de 2019

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Trauma e INTO

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Para a parte do S. de
Difundido leve

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico:

Para o S. de

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Categoria:

RELATÓRIO

~~#~~ 1/11 of 50 clubs

Dr. Vladimir A. Comaseanu
Ortopedie Traumatologia
TEO TARGU-JAN 2017
Cirurgia de Josefo - Artroscoopia

Dr. Vladimir A. Chassseuil
Ortopedia e Traumatologia
TEO1 1263 - Endoscopia
Cirurgia de

Alc. huph. 1 Pa. ex. h.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome João de Sousa Idade 117 Enf. 117 Leito 04

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido	36	82	18	110x70
		note rto parente da obreção				
		orienta, orientado verbalizando				
		segue os cuidados da equipe				
	20:00	SSVV ———	36.7	80	20	120x80
30/10/19	08:00	SSVV ———	35.8	76	16	150x10
		Paciente, consciente, orientado verbaliza				
		Segue os cuidados da equipe				
30/10/19	19:00	SSVV ———	35.6	82	18	160x80
31.10.19	07:30	pac. consciente	36.4	80	18	120x80
		orientado verbaliza				
		ambula, aceto				
		alimentação, elimi-				
		nações, Presença e				
		normal segue a os				
		cuidados da equipe				Vander 497190
31.10.19	20:00	SSVV ———	36.7	88	27	120x80
01/11/19	07:00	Pac. calmo consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		ambulando higien-				
		izado eliminação				
		Presença e				
		segue a os				
		cuidados da equipe				

Nome: Jocelio de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	CONT. DE
29.10.19		Admitido para ato cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, afébril, normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (+) e normais (SIC), segue aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. B327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-Operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em FGR, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, respirando ar ambiente, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações físicas e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonética, Perifoneia periférica preservada, AVPEM MSE, murmúrios vesiculares normais com expansibilidade torácica bilateral preservada ABD: Abdomen flácido indolor a palpação. PA: (160 x 110 mmHg) R: (16 x 12) R: (16 x 12) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe. ACD de enf da FSN Trislide 29.01.2019. Enfermeira
31/10/19		Paciente evolui, consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Afébril, eupneico. Mucosas úmidas, corado e repouso preservado. Eliminações físicas (SIC), aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. B327096
01.11.19		Paciente evolui consciente, verbalizando, afébril, eupneico, acianótico, normotenso, segue aos cuidados da equipe. B327096

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	1º PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
PO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA				
ESTADO VENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADAS ÀS		EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO			
LIQUIDO						Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____			
						Laringo Espasmo: _____ Lenta: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
CÓDIGO						MANUTENÇÃO			
VP: _____						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
TERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO						Não Por Que: _____			
AX ANESTESIA: O OPERAÇÃO						DESPERTAR			
						Reflexos na SO: _____			
						Obstr.: _____ CO _____ Excit.: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
						Com Cânula			
						Para o Leito: Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES:			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES									
ANOTAÇÕES									
AGENTES									
TÉCNICA						CÂNULAS			
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDAS SANGÜÍNEAS			

Dra. Priscilla de S. Souza - Anestesiologista
CRM-PB 7613



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador(a) de RG nº

nesta data, no horário das

CID-10

em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas

por um período de 45 (quarenta e cinco) dias, a partir desta data.

Cajazeiras-PB, 01/11/19

Dr. Valmir A. Gonçalves

Otorrinolaringologista

CREMEP 128 - CRM 5017

Cirurgião de Orelha, Nariz e Garganta - Autossignatário

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o Dr. (a)

diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

a registrar o

Assinatura do Paciente ou Responsável



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

Receita nº 14
Visto
Assinatura

Receita nº 15
Visto
Assinatura

Receita nº 16
Visto
Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015100287849
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0090572295-7 00/00000000 2019

NOME JULIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

CPE / CNPJ 10638419417 PLACA HYU1088/PB

PLACA ANT. UF HYU1088 CE 9C2KC08107R066218

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

CAP / POT / CIL 2 P/12 /CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 03/09/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL CAJAZEIRAS - PB DATA 04/09/2019

38857 9253

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PASSAGEIROS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015100287849 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EXERCÍCIO 2019 04/09/2019

VIA 1 10638419417 PLACA HYU1088

00905722957 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2006 ANO MOD 2006 9 9C2KC08107R066218

PRÊMIO TARIFÁRIO
NS (R\$) DENATBAN (R\$) CUSTO DO BILHETE *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 03/09/2019

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 03/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.606/0001-04

9253-1110434-20190904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036651 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES **Data do acidente:** 22/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1 - CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO DE 20/01/2020 - DRª LUZIANE LIRA N. FONTES CRM 8445

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200036651

Data da solicitação: 08/06/2020

Nome do beneficiário: Jocélio de Souza Gomes

CPF do beneficiário: 090.832.214-31

Nome do solicitante: Fidel Feitosa

CPF do solicitante: 074.248.554-41

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99180-9410

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: vandinhodpvat@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM,

informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Devido ao meu caso, solicito o atendimento de uma pericia a fim de identificar as reais causas do acidente, sendo em vista que o valor recebido não condiz com a realidade da lesão que sofreu no pagamento do Seguro DPVAT.

CASA ZEUS PAVIA 08/06/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036651 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES **Data do acidente:** 22/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO - LUZIANE N. FONTES CRM 8445 - 04/06/2020. REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036651 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES **Data do acidente:** 22/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 1 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO - LUZIANE N. FONTES CRM 8445 - 04/06/2020. REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036651 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES **Data do acidente:** 22/10/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1 - CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO DE 20/01/2020 - DRª LUZIANE LIRA N. FONTES CRM 8445

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jocelia de Souza Gomes
RG: 3456706 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 090.832.214-31
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Agricultora
Endereço: Rua: Josep Maria Braga Nº 26
Bairro: Cajazeiras Cep: 58.900.000 Cidade/UF: Cajazeiras / PB
Telefone: (83) 99180-9410 () ()

OUTORGADO:

Nome: Fidel Teiten
RG: 43.819.611-9 Órgão Emissor: SSP/SP CPF: 074.248.554-41
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Estudante
Endereço: Rua Beliza Marques Galvão Nº 511V
Bairro: Centro Cep: 53.900.000 Cidade/UF: Cajazeiras / PB
Telefone: (83) 99180-9410 () ()

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

Vítima: Jocelio de Souza Gomes
CPF: 090.832.214-31 Data do Acidente: 22/10/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Cajazeiras - Paraíba 20/01/2020
Local e data



Assinatura do Outorgante



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA",
RUA BELIZA MARQUES GALVÃO, 44-CENTRO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de JOCELIO DE SOUZA GOMES. Em test. da verdade Dou fé.
CAJAZEIRAS - PB, 20/01/2020.



RENELITA DA ROCHA MOESIA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal: B-AUR66810-KBCJ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 12,27 FAREN R\$: 0,30 FEPJ R\$: 2,45
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Renelita da R. Moesia
ESCREVENTE
AUTORIZADA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030985/20

Número do Sinistro: 3200036651

Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

CPF: 090.832.214-31

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/10/2019

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/06/2020

Nome: FIDEL FEITOSA

CPF: 074.248.554-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020

Nome: JANE APARECIDA COSTA

CPF: 619.395.799-53

FIDEL FEITOSA

JANE APARECIDA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030985/20

Número do Sinistro: 3200036651

Vítima: JOCELIO DE SOUZA GOMES

CPF: 090.832.214-31

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/03/2020

Nome: FIDEL FEITOSA

CPF: 074.248.554-41

FIDEL FEITOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020

Nome: JANE APARECIDA COSTA

CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA