



Número: **0802436-02.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **23/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOCELIO DE SOUZA GOMES (AUTOR)	ERIKA DE FRANCA PERGENTINO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39360 364	11/02/2021 11:33	<u>2783551_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 15410977





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 médica-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

Pag. 00199/00200 - carta_03 - INVALIDEZ



00060100

Carta nº 15414519



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00167/00168 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15855470



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 4



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:
290.832.214-31 Jocelio de Souza Gomes

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

5 - Nome completo: *Jocelio de Souza Gomes*
 7 - Profissão: *Recepcionista* 8 - Endereço: *Rua José Maria Braga*
 9 - Número: *26* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Capoeiras* 12 - Cidade: *Capoeiras* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.900-000*
 15 - E-mail: *(83)99180-9110*

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)

AGÊNCIA: *0040* CONTA: *81185* 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (veio nascer)? 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 Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Capoeiras, PB - 00/00/2020*

+ Jocelio de Souza Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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: JOCÉLIO DE SOUZA GOMES, natural de Cajazeiras/PB, nascido em 02/09/1992, com 27 anos de idade, solteiro, agricultor, CPF: 090.832.214-150 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.

VÍTIMA: o declarante.

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** o declarante, JOCÉLIO 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.

<i>Jocélio de Souza Gomes</i> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada	<input type="checkbox"/> PEGAR DIREITO
Assinatura do Policial responsável pelo registro Joabson Lins do Santos Mat. 161.946-1		



Joabson L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat. 161.946-1





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: **090.832.214-31** 3 - CPF da vítima: **090.832.214-31** 4 - Nome completo da vítima: **Jocelio de Souza Gomes**

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

5 - Nome completo: **Jocelio de Souza Gomes** 6 - CPF: **090.832.214-31**
 7 - Profissão: **Recepcionista** 8 - Endereço: **Rua José Maria Braga** 9 - Número: **26** 10 - Complemento: **—**
 11 - Bairro: **Capoeiras** 12 - Cidade: **Capoeiras** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.900-000**
 15 - E-mail: **(83)99180-9110** 16 - Tel.(DDD): **(83)99180-9110**

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)

AGÊNCIA: **0040** CONTA: **81185** 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (veio nascer)? 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 Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Capoeiras, PB - 00/00/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 8

MARCIA PEREIRA RODRIGUES
RUA JOSEFA MARIA BRAGA, 28 - CAPOEIRAS
CAJAZEIRAS / PB CEP: 58000006 (AG. 212)

energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA ARENHA
Rótulo: 2-212-50-7848 Referência: Out/2018
Medidor: 00008305767 Emissão: 01/10/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-293, Km 25 - Cruz Vermelha - João Pessoa/PB - CEP 58017-100
CNPJ/MF 088-183.000/01-46, INSC. EST. 16.015-472-0

Nota Fiscal da Conta de Energia Elétrica N°0021111334777900000037515377
Cod. para Dts. Autômatos: 90000737283
Acesso: www.energisa.com.br

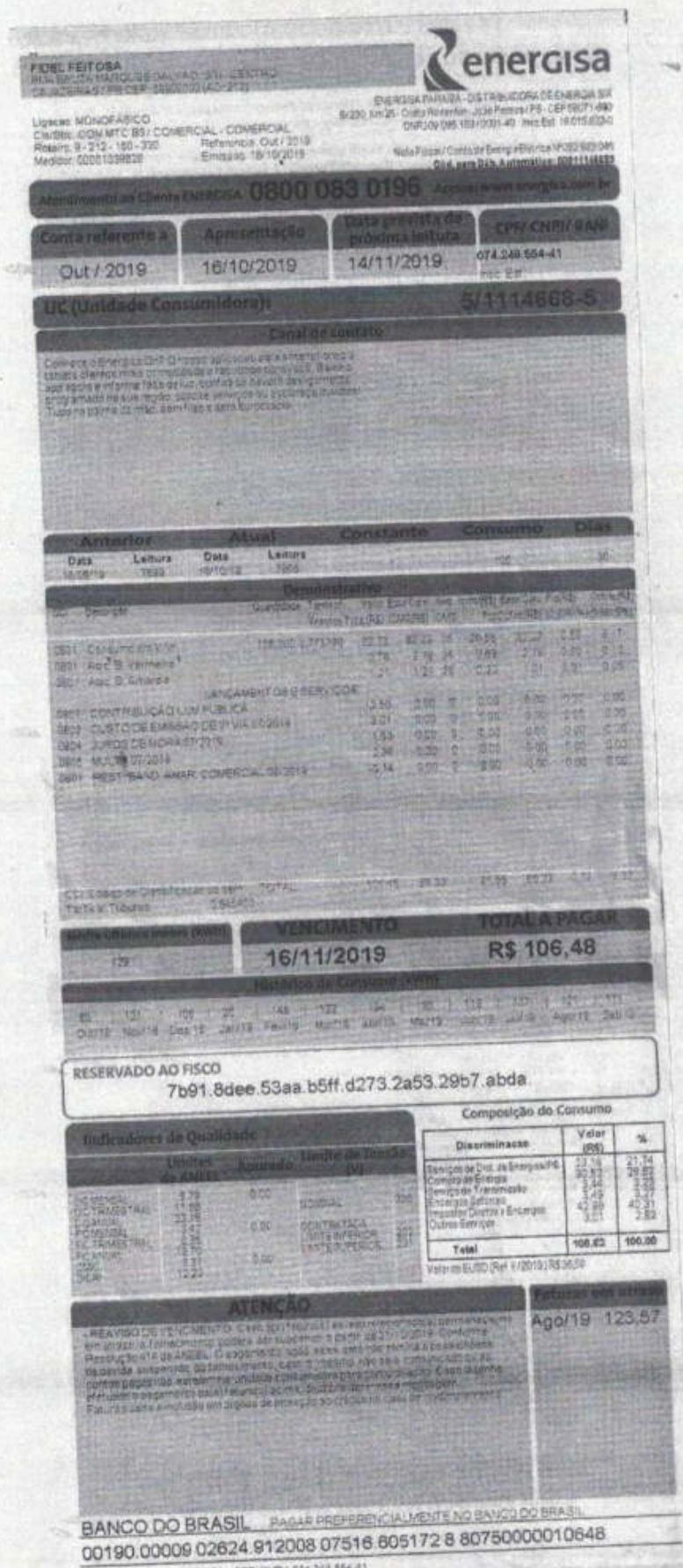
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próx. leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	07/10/2018	05/11/2018	068.166.674-77

Canal de contato

- Tanta Social de Energia Elétrica - TSE Energisa criada pela Lei nº 10.428, de 28 de abril de 2002
Conheça o Energisa On! O novo aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe falta de luz, conta e se houver desligamento programado na sua região, solicite serviços ou entre em contato. Tudo na palma da mão, tem rádio e sem anúncios!

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

05/08/18	0855	07/10/18	0116	05/11/18	58	32					
Demonstrativo											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa U	Valor Básico	Imp. IPI/ICMS	Base Disc. Previd.					
				ICMS(B)	ICMS	Previdenciária (0,000%)					
0001	Consumo de 300Wt-BPV	30.000,00	0,180880	5,72	0,00	0,00	5,72	0,00	0,22		
0001	Consumo - 31 a 100Wt-BPV	36.000,00	0,180840	6,48	0,00	0,00	6,48	0,07	0,33		
0001	Adic. B Vermelha			0,83	0,00	0,00	0,83	0,01	0,03		
0001	Adic. B Amarela			0,08	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00		
0010	Subsídio			17,38	0,00	0,00	17,38	0,14	0,67		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			9,00	0,00	0,00	9,00	0,00	0,00		
0004	JUROS DE MORA 07/2018			0,54	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00		
0004	JUROS DE MORA 08/2018			0,18	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00		
0005	MULTA 07/2018			0,60	0,00	0,00	0,60	0,03	0,00		
0005	MULTA 08/2018			0,47	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00		
0001	REST. BAND. AMAR. P/ FIDENCIARIA 08/2018			-0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
0006	Dependência Sustent.			-18,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
CCI - Código de Classificação do Bem - TOTAL											
Tarifa e Tributos	AM300Wt	0,181710	AM100Wt	0,311500	26,71	0,00	0,00	37,50	0,27	125	
14/10/2019 R\$ 26,71											
Resumo do Consumo (kWh)											
04	72	52	41	85	61	71	27	26	73	78	47
Outubro	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fevereiro	Março	April	Maio/19	Junho	Julho	Agosto	Set/19
RESERVADO AO FISCO											
9d1a.128a.063d.b928.d855.90d7.c7b1.58ac.											
Indicadores de Qualidade							Composição do Consumo				
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)									
DIC-MENSAL	5,78	0,00									
DIC-TRIMESTRAL	11,58		NOMINAL	236							
DIC-ANUAL	23,16										
FIC-MENSAL	5,42	0,00	CONTRATADA	202							
FIC-TRIMESTRAL	8,06		LIMITE-INTERIOR	202							
FIC-ANUAL	15,70		LIMITE-SUPERIOR	231							
DMC	3,97	0,00									
DICR	12,22										
REAVISO DE VENCIMENTO: Esta é a 1ª fatura (1) no total relacionada (5) permanecendo em atraso. O fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/10/2019. Confirme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento deve ser feito no prazo estabelecido a pena de suspensão do fornecimento. Caso o débito não seja quitado dentro do prazo, as contas pagas não estarão em unidades contratuais para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento das (5) faturas, informe a sua descontabilidade nessa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.							Set/19 13,61				
Sua unidade foi faturada como Bacia Rioverde, tendo um desconto R\$10,53											





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: 4020-1596 / 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 022 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SÉGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fidel Feteira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.248.554 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Tocelio de Souza Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.832.214 / 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tocelio 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:			
Bairro:	<u>Rua Beliza Marques Galoão</u>	Número:	<u>51/N</u>
Cidade:	<u>Centro</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>Cajazeiro</u>	CEP:	<u>58.900-000</u>
		Tel.(DDD):	<u>(83) 9.9180-9410</u>

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

Fidel Feteira
Assinatura do Declarante



CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 04/11/2019

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	Nº do Documento
27	anos	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	703403005122900

LOGRADOURO

ENDERECO, NUM, BAIRRO

SITIO

CACHOEIRINHA

Data da Internação

29/10/2019

DATA DA ALTA

02/11/2019

DATA(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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

 Sistema
Único da
Saúde
Ministério
da
Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

4 - CNES

2 | 6 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

bento de rocco locur

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7103110301051121219100

8 - DATA DE NASCIMENTO

01091992

9 - SEXO

MASC. 1FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do socorro de souza gomes.

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sítio Cachoeirinha.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

250370

PB 56910000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 pressão é alta
não se passou locur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

locro locur

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

Enrico tor

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

pressão é alta

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TTO CIC TTO 5.000

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/01/14

 Dr. José Landim N° 20
MÉDICO
N° 11761

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES / VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO ÚNICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

30 - 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

49 - 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

INFORMAÇÃO

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

RG: N.º 345670655P / PB

Nome Suelio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

4101341013101015141213191010

Data Nascimento

02 / 09 / 1992 Residente à (Rua, Av.) Sutus

N.º 100 Bairro Toma De Rua

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente Dependente

Cidade Cajazeiras

Grau Parentesco Esposa

À qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

Funcionário Responsável

Suelio de Souza Gomes

Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr.

Observação N°

Nome: José da Silva Gonçalves

Filho de: Jose

Residência: Residir em Cajazeiras e de origem do Socorro de Souza Gonçalves

Idade: 60

Residência: Sítio Cachoeirinha

Cor Parda Sexo Masculino Estado Civil Casado

Naturalidade Cajazeiras Profissão: Entregador

Internado em 29 de Outubro de 2019

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

Trava o mto (9)

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

Par a manter no 5º duc

Diátonio 400

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico:

Paras no 5º duc (A)

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

GuiaMed (83) 3531-2442



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRÉSCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Joelma S. Gómez Idade: 15 Col:

Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categorial: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
01/11/19	① Metformina 1000 mg 1x/dia	8h da m 1x/dia

③ *Hypoxylon* auf *Crataegus* 18. A.C. 1.2
④ *Leptothyridium* hypoxylon

Dr. Vladimír A. Černý
Diplomovaný Traumatolog
„EOT 2003“ - 2005
Císařské náměstí 10
110 00 Praha 1

Dr. Vladimír A. Colládalu
Ortopedie a traumatologie
TED 1203 - Endoskopie
Chirurgie de la main

Mr. Wright & P. D. Lee





Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Joélio de Souza Idade 60 Enf. 117 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido 36.3 neste setor proveniente da observação; orientado; orientado verbalmente; segue os cuidados da equipe.	36.3	82	18	110x70
	20:00	SSVV ——————	36.7	80	20	120x80
30/10/19	08:00	SSVV —————— Paciente, consciente, orientado verbaliza. Segue os cuidados da equipe.	35.8	76	16	150x10
30/10/19	19:00	SSVV ——————	35.3	82	18	160x80
31.10.19	07:30	pac. consciente 36.4 orientado verbaliza ambulando, acúto eliminações; elimi- nações, presentes e normal segue aos cuidados da equipe	36.4	80	18	120x80
						Vomitar 497190
31.10.19	20:00	SSVV ——————	36.72	88	97	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labirinto consciente 36.1 orientado verbalizando ambulando, ligera- mente eliminando presentes segue aos cuida- dos da equipe	36.1	80	20	100x80

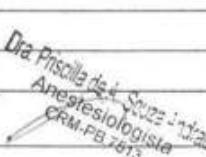


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jacelio de Souza Gomes Enf.: 117 Leito: 04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29.10.19		Cidmitido para dho enérigo consciente, orientado, eupneico, acianótico, arterial normocárdico, normotensio, eliminações fisiológicas (+) e normais (SJC), segue aguindando procedimento enérigo e aos cuidados da equipe. B327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-operatório imediato para cirurgia do membro inferior direito, em FGR consciente, orientado, verbalizando deambulando, respondo an ambienti, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações vesicais e intestinais Presentes (SIN). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normo fômetica / Perfurao periférica Preservada, AVP em MSE, murmurios vesiculares monomous com extensibilidade de tenaxica bilateral Preservado ABD: Abdomen flácido indolore a Palpação. PA: (160/110 mmHg) R: Regular / R: (16,18m) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe AC&F de enf da PSM Trileide Alves Guerreiro
31/10/19		Paciente evolui, consciente, orientado, indolore, diurético. Eupneico. Fiebre, NYF: Epuado, dorso e represso juntinhos. Eliminações juntinhos (SJC), aguarda cirurgia segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Cleonice Souza Assinado por: Cleonice Souza Enfermeira COREN PB 221230
01.11.19		Paciente evolui consciente, orientado, arterial, eupneico, acent. dorso, sono e represso persiste. Eliminações dimissivas



		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
PO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	DUTROS		
	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 ÁS		EFEITO				
AGENTE ANESTÉSICO	02						INDUÇÃO	
							Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____	
LÍQUIDO						Laringo Espasmo: _____ Lenta. _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____	MANTENÇÃO		
CÓDIGO VP - TERRÍAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20						1) Scl meio 3 2) Bloq. articul. sob 45% clav. col. Bloq. total	
							ANESTESIA Satisf. Sim _____ Não _____ Não Por Que _____	
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES							DESPERTAR	
ANOTAÇÕES							Reflexos na SO _____ Obstr. CO Excit. _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com Câmla Para o Leite: Sim _____ Não _____	
AGENTES							CONDIÇÕES: _____	
TÉCNICA							CÂNLULAS	
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDAS SANGUÍNEAS		
								





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 3.444-1 toma Leônio M. Torres submetido(a) à consulta Médica
 nesta data, 11/02/2021 horas, sendo portador da afecção
 CID-10 ICU (54.000)
 Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas
 por um período de 45 (45) dias,
 a partir desta data.

Cajazeiras-PB, 11/02/2021

Dr. Vilsonir A. Gomes
 Ortopedista
 CRM-PB 100738
 Cirurgião-Dentista - Radiologista

Assinatura e Câmbio do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, Suelio Moreira Torres,
 autorizo o Dr. (a) Vilsonir A. Gomes a registrar o
 diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso, neste atestado médico.

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

Suelio M. Torres
11/02/2021

Suelio Moreira Torres
11/02/2021

Suelio Moreira Torres
11/02/2021



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 direita com redução + fixação com colocação de 02 fios de Kirschner por um período de 30 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschner 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 diminuição 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 Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/RB-8445

LABCLIN - Cajazeiras – PB - Rua: Odilon Cavalcante,78 – Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Cajazeiras, 21.02.2020

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes

Medica

CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

LABCLIN - Cajazeiras – PB - Rua: Odilon Cavalcante,78 – Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 23



CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 04/11/2019

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 27	Sexo M	RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> Cart Trab <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Documento 703403005122900

LOGRADOURO

ENDERECO, NUM, BAIRRO

SITIO

CACHOEIRINHA

Data da Internação

29/10/2019

DATA 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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

 Sistema
Único da
Saúde

 Ministério
da
Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

3 - CNES

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suelio Moreira Torres

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71013110301051121219100

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1992

9 - SEXO

MASC. 1FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro de Souza Gomes

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sítio Cachoeirinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

250370

PB 56910000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 Pressão arterial
Bem alta pressão arterial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pressão alta

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

Pressão alta

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pressão arterial alta

PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Pressão arterial alta

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)

29/01/21

 Dr. José Landim N° 20
MÉDICO
N° 11761

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES / VIOLENCIAS)

 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS () CPF

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

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

RG: N.º 345670655P / PB

Nome Suelio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

4101341013101015141213191010

Data Nascimento

02 / 09 / 1992 Residente à (Rua, Av.) Sutus

N.º 100 Bairro Toma Prada

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente Dependente

Cidade Cajazeiras

Grau Parentesco Esposa

yo qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

Adriano
Funcionário Responsável

Suelio de Souza Gomes
Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. Observação N°
Nome: José Gomes de Souza Filho de: Jose
José Gomes e de Maria do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade:
Cor Parda Sexo Masculino Estado Civil Casado
Naturalidade Cajazeiras Profissão: Entregador
Internado em 29 de Outubro de 2019

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

Trava o mto

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

Par a manu no 5º duc

Díctomia no 4º duc

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico: Paro no 5º duc (P)

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

GuiaMed (83) 3531-2442





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRÉSCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Pedro S. Góes Idade: 10 Co

Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categorial: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
04/11/19	1) Metformina 1000mg 1x/dia	10h00	1000mg

③ *Hypoxylon* *luteum* (Berk.) Sacc. A.C. 1.2

Dr. Vladimír A. Černý
Diplomovaný Traumatolog
„EOT 2003“ - 2005
Císařské náměstí 10
110 00 Praha 1

Dr. Vladimír A. Colládalu
Ortopedie, Fisioterapie
TEDi T203 - Endoskopie
Chirurgie de la hanche

Mr. Muller & P. Co. Inc.



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Jocélio de Souza Idade Enf. 117 Leito 09

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art.
29/10/19	14:00	Paciente admitido 36 82 18 110x70 neste setor, paciente de observação, orientado, orientado verbalmente; segue os cuidados da equipe.	36.7	80	20	110x70
	20:00	SSVV — — — —	35.8	76	16	150x10
30/10/19	08:00	SSVV — — — — Paciente, consciente, orientado verbalmente. Segue os cuidados da equipe.	35.0	82	18	160x80
30/10/19	19:00	SSVV — — — —	35.0	82	18	160x80
31-10-19	07:30	pac. consciente 36.4 80 18 160x80 orientado verbalmente diambulante, acuto eliminação, elimina- ções, presentes e normal segue aos cuidados da equipe — — — —	36.4	80	18	160x80
31-10-19	20:00	SSVV — — — —	36.7	88	97	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labirinto consciente 36.1 80 20 100x80 orientado verbalmente diambulando ligera- mente eliminações ru- ientes segue aos cuida- dos da equipe — — — —	36.1	80	20	100x80



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jacelio de Souza Gomes Enf.: 117 Leito: 04

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29.10.19		Cidmitido para dho enérigo consciente, orientado, eupneico, acianótico, arterial normocárdico, normotensio, eliminações fisiológicas (+) e normais (SJC), segue aguindando procedimento enérigo e aos cuidados da equipe. B327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-operatório imediato para cirurgia do membro inferior direito, em FGR consciente, orientado, verbalizando deambulando, respondo an ambienti, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações vesicais e intestinais Presentes (SIN). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normo fômetica / Perfurao periférica Preservada, AVP em MSE, murmurios vesiculares monomous com extensibilidade de tenaxica bilateral Preservado ABD: Abdomen flácido indolore a Palpação. PA: (160/110 mmHg) R: Rítimico / R: (16,18m) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe AC&F de enf da PSM Trileide Alves Guerreiro
31/10/19		Paciente evolui, consciente, orientado, eufônico, clamoroso. Eupneico. Pulmões auscultados normais, respiração regular. Eliminações punitas (SJC), aguarda cirurgia segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Cleonice Souza Assinado por: Cleonice Souza Enfermeira COREN PB 221230
01.11.19		Paciente evolui consciente, orientado, arterial, eupneico, acent. abd, sono e represso presente. Eliminações dimissivas



		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
PO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	DUTROS		
	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 ÁS		EFEITO				
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO		
LIQUIDO						Satisf.	Excit.	Tos
						Laringo Espasmo:	Lenta	
						Náuseas:	Vômitos:	
						Outros:		
CÓDIGO VP - TERRÍAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					MANTENÇÃO		
						1) Suf meio 2/3 2) Bloq. articul. tib e fib clav. col. Bloq. total		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	Reflexos na SO				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
ANOTAÇÕES	Obstr.: CO Excit:				Náuseas: Vômitos:			
AGENTES	Outros:				Com Câmla Para o Leite: Sim _____ Não _____			
TÉCNICA					CONDIÇÕES:			
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS	Dra. Priscilla da Cunha Anestesiologista CRM-PB-7813				PERDAS SANGUÍNEAS			





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETA RIA 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 3.444-1 to, residente em Cajazeiras,
 nesta data, 10/02/2021 horas, sendo portador (a) à consulta Médica
 CID-10 J22.0 (cerebral edema)
 Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas
 por um período de 15 dias, a partir desta data.

Cajazeiras-PB, 01/02/2021

Dr. Vilsonir A. Gomes
 Ortopedista
 CRM-PB 100738
 Cirurgião-Dentista - Radiologista

Assinatura e Câmbio do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, Suelio Moreira Torres,
 autorizo o Dr. (a) Vilsonir A. Gomes
 a registrar o
 diagnóstico codificado CID-10 por extenso neste atestado médico.

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

Suelio Moreira Torres
01/02/2021



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 direita com redução + fixação com colocação de 02 fios de Kirschner por um período de 30 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschner 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 Luizianeira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante,78 – Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Cajazeiras, 04.06.2020

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

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante,78 – Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 35

SUS

HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAZEIRAS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS

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)

Mae: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA GOMES

Profissão: ENTREGADOR

Endereço: SITIO CACHOEIRINHA

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP: CAJAZEIRAS - PB - 58900000 - 260370

Telefone para Contato: / (83) 3351-3563 CNS: 703403005122900

Data e Hora: 22/11/2019 11:14:07

Queixa Principal:

Documento: RG:3456706 SSP-PB
Nº: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

Audi/VO

Rx 5º Min Diagnóstico

CID-10:

ENCAMINHAMENTO

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADAOBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1- 03010601/00
2- 02040000/00
3- 02040000/004- 02040000/00
5- 02040000/00
6- 02040000/00

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

Caraguatatuba

CBO

CRM

CRF

CRP

CRB

CETRE

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 27 anos	Sexo M	RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> Cart Trab <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Documento 703403005122900
LOGRADOURO SITIO	ENDEREÇO, NUM, BAIRRO CACHOEIRINHA		
Data da Internação 29/10/2019	Dia da Alta 02/11/2019	Day(s) de Permanência 4	Atendimento SUS <input type="checkbox"/>
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

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

3 - CNES

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suelio Moreira Torres

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101311101310105112121900

8 - DATA DE NASCIMENTO

01091992

9 - SEXO

MASC. FEM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marina do Nascimento de Souza Gomes

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sítio Cachoeirinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

250370 AB 5181000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*mano esq. ent. D
mou s. amarelado torce*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Causa torce

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

Exame 14

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fractura s. 5. Dm. D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TT0 14 Fractura s. 5. Dm. D

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

29/01/21

*Dr. José Landau Neto
MÉDICO
CR 11767*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES DE VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

34 - () ACIDENTE TRABALHO ÓPICO

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)

11/1

11/1





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento
RG: N.º 3456706 SSP / PB

Nome Suelio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 7101341013101015141212191010

Data Nascimento 02 / 09 / 1992 Residente à (Rua, Av.) Sítio
Cachoeirinha N.º _____ Bairro Loma Verde

UF PB Segurado ou Dependente Sim

Cidade Cajazeiras Grau Parentesco Esposa

o qual dou fé Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

Suelio de Souza Gomes
Paciente Responsável

Funcionário Responsável

Grafica IDEAL (83) 3531-2442

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Pr.

Observação N°

Nome: João Pedro Gonçalves

Filho de: João

Residência: Sítio Cachoeirinha

Idade: 30

Cor Parda

Sexo Masculino

Estado Civil Casado

Naturalidade Cajazeiras

Profissão: Entregador

Internado em 29 de Outubro de 2019

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

Transito normal

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

Abdome normal no 5º dec

Disponível para...

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico:

Transito normal no 5º dec (P)

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRÉSCRIÇÃO MÉDICA

NUCHIKA. HACIENDO UNA DIFERENCIA.
DEBES ASISTIR ALA MEXICO.

NUCHIKA. HACIENDO UNA DIFERENCIA.
DEBES ASISTIR ALA MEXICO.

Nome: José Luis S. Gómez Idade: 15

Cor

HOBBY BIO
Enfermaria

Relatório

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO
01/11/19	01 visita para <i>Coloproctologista</i>	# Min d 5º dia

③ My mother taught me to be
④ better prepared

Dr. Víctor M. Cárdenas
Ortopedista Traumatólogo
"EXCELENTE" 2011
Cirugía de hueso y Artroskopía

Dr. Vlademir A. F. Passos
Traumatologo
Ortopedico
TEOT 1235 - Rio de Janeiro
Cirurgia de

Mr. Wolff's P.D. can be
seen



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Jocélio de Souza Idade _____ Enf. 117 Leito 09

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido 36.8 82 18 110x70 neste setor paciente do abracoado, orientado, orientado verbalizado; segue os cuidados da equipe.	36.8	80	20	110x70
	20:00	SSVV — — — 35.8 76 16 150x10	35.8	76	16	150x10
30/10/19	08:00	SSVV — — — Paciente, consciente, orientado verbaliza. Segue os cuidados da equipe.	35.8	76	16	150x10
30/10/19	19:00	SSVV — — — 35.8 82 18 160x80	35.8	82	18	160x80
31.10.19	07:30	Pac. consciente 36.1 80 18 160x80 orientado verbaliza diambulando, acúto eliminações; elimi- nações, presentes e normal segue aos cuidados da equipe — 36.1 80 18 160x80	36.1	80	18	160x80
31.10.19	20:00	SSVV — — — 36.7 88 97 120x80	36.7	88	97	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labro consciente 36.1 80 20 100x80 orientado verbalizando diambulando ligera- mente eliminações pres- entes segue aos cuida- dos da equipe — 36.1 80 20 100x80	36.1	80	20	100x80



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocélio de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	NOTA
29.10.19		Cidnitido para oto cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, aferul normocárdico, normotensio, eliminações fisiológicas (TF e Ná- mais (SIC), criege aguardando procedimen- to cirúrgico e aos cuidados da equipe. PS 327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em FGR consciente, orientado, verbalizando, deum- bulando, respirando ar ambiente, acianótico, anictico, normocárdico, aceitando dieta, eliminações urinárias e intestinais Presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardiaças em 2T Normofômetria, Perfurado periférica Preservado, AVP em MSE, murmurio vesiculares monomais com exhalabilida- de tenuíssima bilateral, Preservado ABD: Abdômen flácido indolore a Palpação. PA: (160 x 110 mmHg) R: 18/min R: (16,18/min) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe AC de enf da FSN Trileide Ribeiro <small>Anne Caroline de Souza DRE: PB 558.698 Enfermeira</small> Querida
31/10/19		Paciente evolui, com queixas, orientado, con- sulta, deambula, aferul, eupneico. Pecúlio duro espesso, dorso e repouso parcial gláminas pinhole (5/0), apurada cirurgi- a em aos cuidados da equipe de loquecimento. <small>BY SE Belisario de Souza Enfermeira DRE: PB 221.230 ORLEN PB 221.230</small>
01.11.19		Paciente evolui consciente, orientado aferul, eupneico, sente dor, sono e repouso parcial. Sua amigdala dimini-



		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
PO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	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			
LIQUIDO					Satisf.	Excit.	Tos.	
					Laringo Espasmo:	Lenta		
					Náuseas:	Vômitos:		
					Outros:			
CÓDIGO VP	TERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA: O OPERAÇÃO				MANTENÇÃO			
					1) Sed	mecapt 3		
					2) Bloq. articul.	vib c5/ clavical.		
					Bloque total			
					ANESTESIA SATISF: Sim Não			
					Não Por Que _____			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	Kefayl lg verde			onctrol lg	DESPERTAR			
ANOTAÇÕES	verde			dep. lg	Reflexos na SO			
AGENTES					Obstr.	CO	Excit.	
TÉCNICA	Bloq. articul. c5/ clavical			Náuseas:	Vômitos:			
OPERAÇÃO	F+clavical			Outros:				
CIRURGIÕES	M. L. C. L.			Com Câmla				
ANESTESISTAS	D. Souza J. da			Para o Leite: Sim	Não			
OBSERVAÇÕES				CONDIÇÕES:				
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					CÁNULAS			
Dra. Flávia de Souza J. da Anestesiologista CRM-PB 7613					PERDAS SANGUÍNEAS			



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pessoa do interessado, que
portadora de RG nº _____, foi submetido (a) à consulta Médica
nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da afeção
CID-10 _____, _____ (S. clín.)
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas
por um período de _____ (15 dias) dias,
a partir desta data.

Cajazeiras-PB, 01/11/19

Dr. Vítor A. Gousseau
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 5017
Cirurgião-Dentista - Anestesiologista

Assinatura e carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
funcionário do Dr. (a) _____, a registrar o
diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

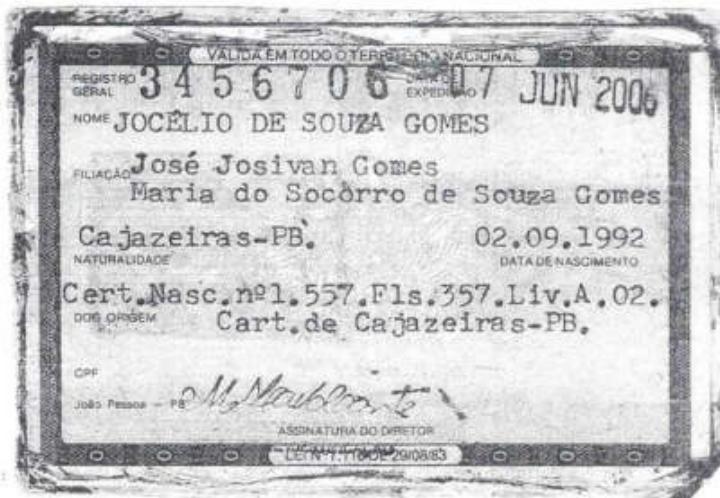
Assinatura do Poderante ou Responsável



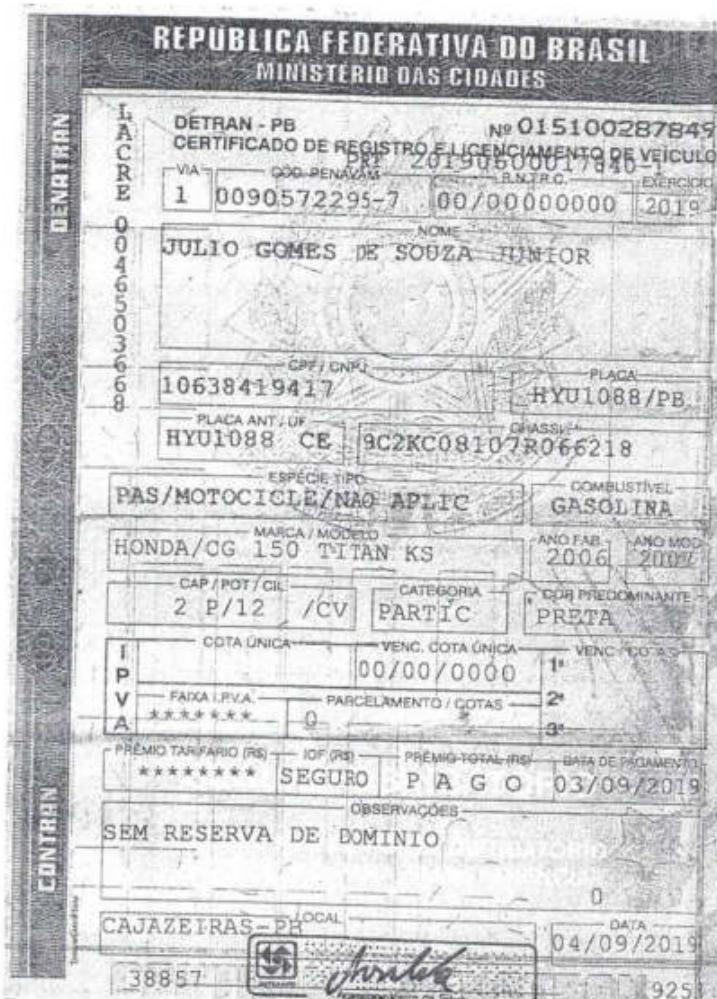
Receituário Médico

Y. Suelio Moreira Torres
M. Dr. Moreira
V. Dr. Moreira

Moreira Torres — Dr.
Dr. Suelio Moreira Torres







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
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Jocélio de Souza Gomes

CPF do beneficiário: 090.832.314-31

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

ESTÁ 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: _____

(DESCRIVER)

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

Penso que meu direito, solicitar o atendimento de uma pessoa a fim de identificar os riscos que tive por acidente, tendo em vista que o valor recebido não combina com a realidade da lesão que sofreram o pagamento de seguro DPVAT.

Local e Data

Caxias do Sul, 08/06/2020

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 %



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 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 52

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 sequelas

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: Jocelio de Souza Gomes
RG: 34 56706 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 090 832 214-31
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Josefa Maria Braga Nº 26
Bairro: Capauíos Cep: 58 900 000 Cidade/UF: Cajazeiras / PB
Telefone: (83) 99180-9410 () ()

OUTORGADO:

Nome: Fidel Teixeira
RG: 43.819.611-9 Órgão Emissor: SSP/SP CPF: 074 248 554-41
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Praticante
Endereço: Rua Beliza Marques Galvão Nº 511
Bairro: Centro Cep: 53 900 000 Cidade/UF: Cajazeiras / PB
Telefone: (83) 99180-9410 () ()

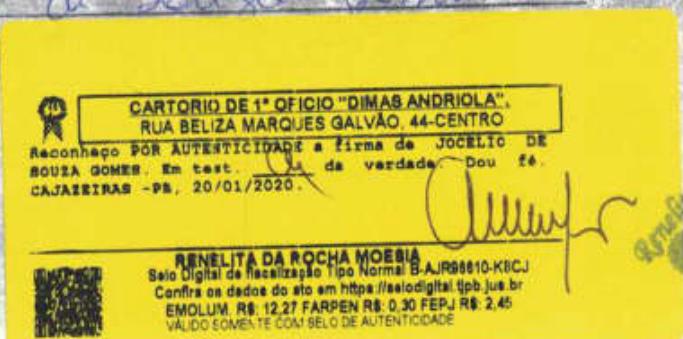
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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

2020-01-08 - Pecas - 20/01/2020
Local e data



Jocelio de Souza Gomes
Assinatura do Outorgante



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2019

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 55

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2019

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

FIDEL FEITOSA

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377>
Número do documento: 21021111334777900000037515377

Num. 39360364 - Pág. 56