



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	2783551_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 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

Carta nº 15410977

Pag. 01619/01620 - carta_01 - INVALIDEZ





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 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

Pag. 00199/00200 - carta_03 - INVALIDEZ

00050100



Carta nº 15414519





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, 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





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

00020084



Carta nº 15855470





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: 090.832.214-31 4 - Nome completo da vítima: Jecelia 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: Jecelia de Souza Gomes 6 - CPF: 090.832.214-31
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Josep Maria Braga 9 - Número: 26 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capelinas 12 - Cidade: Capelinas 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.900.000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 99180.9410

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (vai 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 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, Capelinas, PB - 20/01/2020

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 Nº484/2019 - DPVAT

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

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

Data de noticia 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: 090.832.214-31 4 - Nome completo da vítima: Jecelia 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: Jecelia de Souza Gomes 6 - CPF: 090.832.214-31
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Josep Maria Braga 9 - Número: 26 10 - Complemento:
11 - Bairro: Capelinas 12 - Cidade: Capelinas 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.900.000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 99180.9410

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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 (vai 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 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, Capelinas, PB - 20/01/2020

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



MARCIA PEREIRA RODRIGUES
RUA JOSEFA MARIA BRAGA, 26 - CAPOEIRAS
CAJAZEIRAS/PB CEP 58900-000 (AG 212)



Ligação MONOFÁSICO
Cid/Sec RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Roteiro 2 - 212 - 90 - 7845 Referência: 02/2018
Medidor 0008205757 Emissão: 07/10/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 293, Km 25 - Cria Redentor - João Pessoa/PB - CEP 56071-000
CNPJ 08.096.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.423-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

CPF para Des. Autenticação: 90067373293
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	07/10/2018	05/11/2019	088.166.874-77

Canal de contato: 0800 083 0196

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Conheça o Energisa On? O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Basta o app agora e informe falta de luz, confira se haverá o corte programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
05/09/18	07/10/19	0018	58	32						
Demonstrativo										
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa U	Valor Base Ccl	Impostos	Valor Ccl	Valor Ccl	Valor Ccl	Valor Ccl	
				Tributos Totais	ICMS(%)	ICMS	Potência(kW)	Preço(kWh)	Custo(kWh)	
0001	Consumo até 30 kWh-EP	30,000	0,190860	5,72	0,00	0	0,00	5,72	0,05	0,22
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-EP	28,000	0,329840	9,24	0,00	0	0,00	9,24	0,07	0,33
0001	Adc. B. Vermeia			9,53	0,00	0	0,00	9,53	0,01	0,03
0001	Adc. B. Amarela			0,08	0,00	0	0,00	0,08	0,00	0,00
0010	Subsídio			17,38	0,00	0	0,00	17,38	0,14	0,67
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 07/2019			0,54	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			0,00	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. BAND. 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 U Tributos: AN300 kWh 0,181710 AN100 kWh 0,311500				28,71	0,00	0,00	32,90	0,27	1,26	

14/10/2019 R\$ 26,71

Histórico de Consumo (kWh)											
04	72	52	41	65	61	71	27	28	73	78	47
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19

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

Indicadores de Qualidade de Serviço				Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DC MENSAL	5,79	0,00			
DC TRIMESTRAL	17,56		NORMAL	230	
DC ANUAL	23,16				
FC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	202	
FC TRIMESTRAL	6,86		Limite Inferior	221	
FC ANUAL	13,70		Limite Superior	221	
DMC	3,97	0,00			
DMC	12,22				

Valor do ELC (Ref 9/2019) R\$ 10,63

RETRASO DE VENCIMENTO - Caso a(s) fatura(s) anterior(es) não tenha(m) sido paga(s) em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após este prazo não elimina a possibilidade da suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja pago, o fornecimento será suspenso. O pagamento de faturas anteriores não garante o fornecimento. Fatura sujeita a inclusão em dívidas de pagamento e ao corte de energia no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como Bateria Remota, tendo um desconto de R\$ 10,21.

Set/19 13,61





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 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 ILCITAS 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

Tarcélia de Souza Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.832.214 / 31

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Tarcélia 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

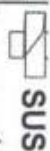
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Beliza Marques Galvão</u>		Número: <u>514</u>	Complemento: <u>— x —</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Capinzal</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58.900.000</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>(85) 99180-9410</u>	

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

Fidel Feteira
Assinatura do Declarante





ESTADO DA PARAIBA - SECTE IANDA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

CGC/CPF: 06.778.269/000-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

TELEFONE: (83) 3531.3583

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

MUNICIPIO: CAJAZEIRAS

Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Raça/Cor: PARDA

Sexo: M

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: ENTRGADOR

Nº:

Endereço: SÍTIO CACHOEIRINHA

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 68900000 - 250370

Telefone para Contato: / (83) 3351-3563

CNS: 703403005122900

Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

38. _____

39. _____

40. _____

41. _____

42. _____

43. _____

44. _____

45. _____

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

ESCALA DE DOR

Diagnóstico

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:33:48

Num. 39360364 - Pág. 12

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111334777900000037515377

Número do documento: 21021111334777900000037515377





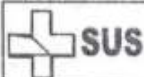
CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 04/11/2019

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 1906208		Mês de Atend. OUTUBRO		Ano de Atend. 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		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





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

7906208

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7103110310101511212191010

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1992

MASC. ☒ 1

9 - SEXO

FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mário do Socorro de Paula Gomes.

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. São Sebastião.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

250370

15 - UF

PB

16 - CEP

51891-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário em anexo
na a solicitação local

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quanto à

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

Em pronto soc

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prontuário em anexo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO (Prontuário em anexo)

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

29/10/18

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

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM 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

INFORMAÇÃO

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

RG: N.º 3456706 557 / PB

Nome Josélio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

710134101310105141212191010

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

Cachoeirinha

N.º

Bairro Fome Ruca

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente

Joanidade

Grau Parentesco Esposa

to qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro

2019

Funcionário Responsável

Delviane

Paciente Responsável

Joanidade Alexandru Dias

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



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
Jozeirton Gomes e de Marina do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade: _____
Cor: Parda Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Empregado
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
Dilatação leve*

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico: *Tumor do abdômen*

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

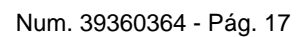




RELATÓRIO

Categoria:

Dr. Vladimir A. Cossentino
Oftalmologia e Traumatologia
E.O. T. S. A. - Cam. 5017
Grupos de Trabalho - Oftalmologia



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 rto. presente da obstrução				
		uriente, 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	150x101
		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				
		deambula, acito				
		alimentação; elimi-				
		nações, Presença e				
		normal segue a os				
		cuidados da equipe				Vomito
						497190
31-10-19	20:00	SSVV ———	36.7	88	97%	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labno consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		deambulando ligeri-				
		zado Eliminação Pa-				
		rentes segue os cuida-				
		dos da equipe —				



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocelis de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	
29.10.19		Admitido para ato cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, apêndic, normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (H) e normais (SIC), segue aguardando procedimento cirúrgico e as cuidados da equipe. B327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-Operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em EGR, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, respondendo ao ambiente, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações físicas e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonéticas, Percurso Periférico Preservado, AVP em MSE, murmúrios vesiculares normais com expansibilidade torácica bilateral Preservada ABD: Abdomen flácido indolor a Palpação. PA: (160 x 110 mmHg) Hipertensão. R: (16,4cm) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe. AC de enf da FSN Tristide de Souza Caroline de Souza Enfermeira 558.6981
31/10/19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Apêndic, eupneico. Resposta física adequada, sono e repouso preservados. Eliminações físicas (SIC), eliminações intestinais segues aos cuidados da equipe de enfermagem. B327096 Lucena Enfermeira 221.230
01.11.19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico, aceitando dieta, sono e repouso preservados. Eliminações físicas e



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	R ^o 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		
					Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____		
					Laringe Espasmo: _____ Lenta _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
					MANUTENÇÃO		
					1) Sat _____		
					2) Bloqueio total de 45% clonidina		
					Bloqueio total		
					ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____		
					Não Por Que _____		
					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		





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

foi submetido (a) à consulta Médica

nesta data, no horário das

horas, sendo portador da afecção

CID-10

Parotidite aguda

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de *45* *diária* dias, a partir desta data.

Cajazeiras - PB, *21/11/19*

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. *Vilmar A. Gussella*
Ouro Preto, 21/11/2017
RSC 7.262.1138.2017
Carimbo: *Secretaria - Administração*

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o Dr. (a)

diagnóstico codificado CID ou por extenso, neste atestado médico



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

Receita para

uso

14

Parotidite aguda

uso no uso de 01ml

Parotidite aguda

uso de 01ml

Rua Tobiello Antônio Holanda, s/n



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

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



Cajazeiras, 21.02.2020

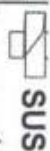
Dr^a Luiziane Lira M. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

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





ESTADO DA PARAIBA - SECTE IANDA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

CGC/CPF: 06.778.269/000-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

TELEFONE: (83) 3531-3583

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

MUNICIPIO: CAJAZEIRAS

Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Raça/Cor: PARDA

Sexo: M

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: ENTREGADOR

Nº:

Endereço: SÍTIO CACHOEIRINHA

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 68900000 - 250370

Telefone para Contato: / (83) 3351-3563

CNS: 703403005122900

Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosa: () Não () Sim

SSV

PA: HGT: TEMP: FC: FR: SPO2:

SERVIÇO SOCIAL

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

22 AN de ID de 1x
50 QRS a. em quer

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

1x mal B

RECEPCIONISTA: JANEILSON CARTAXO

1.

2.

3.

4.

5.

01 - ELETIVO

CARÂTER 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

DIAGNÓSTICO

CID-10:

ENCAMINHAMENTO

01 - PRESCRITA

02 - OBSERVAÇÃO

03 - RESIDÊNCIA

04 - INTERNAÇÃO

02 - APLICADA

03 - OUTRO HOSPITAL

04 - ÓBITO

05 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 - 0301060100
2 - 0304040014

4 -

5 -

6 -

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

CARIMBO(S)

MÉDICO / CNS / CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

CRM/PB 6821 / 150114274

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

CADASTRIC:

788594422

ESCALA DE DOR





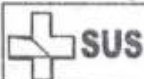
CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 04/11/2019

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 1906208		Mês de Atend. OUTUBRO		Ano de Atend. 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		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





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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MASC. ☒ 1

9 - SEXO

FEM. ☐ 3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

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 VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO35 - ☐ 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

INFORMAÇÃO

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

RG: N.º 3456706 55P / PB

Nome Joelcio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

710134101310105141212191010

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

Cachoeirinha

N.º

Bairro Fome Rural

Cidade Cajazeiras

UF PB Segurado ou Dependente

Joanidade

Grau Parentesco Esposa

to qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro / 2019

Funcionário Responsável

Delviane

Paciente Responsável

Joanidade Alexandru Dias

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



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
Jozeimar Gomes e de Marina do Socorro de Souza Gomes
Residência: Sítio Cachoeirinha Idade: _____
Cor: Parda Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Empregado
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
Dilatação leve*

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico: *Tumor do abdômen*

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

HOSPITAL REGIONAL (R) 3331-2442



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Joelle S. Carr Idade: _____ Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categoria: _____

[illegible]

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 rto. presente da obstrução				
		uriente, 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	150x101
		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				
		deambula, acito				
		alimentação; elimi-				
		nações, Presença e				
		normal segue a os				
		cuidados da equipe				Vomito
						497190
31-10-19	20:00	SSVV ———	36.7	88	97%	120x80
01/11/19	07:00	Pac. labris consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		deambulando ligeri-				
		zado Eliminação Pa-				
		rentes segue aos cuida-				
		dos da equipe —				



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocelis de Souza Gomes

Enf.: 111

Leito: 04

DATA	HORA	
29.10.19		Admitido para ato cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, apfelul, normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (H) e normais (SIC), segue aguardando procedimento cirúrgico e as cuidados da equipe. B327096
30/10/19	13:31	Paciente evolui no Pré-Operatório imediato para cirurgia do membro superior direito, em EGR, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, respondendo ao ambiente, acianótico, anictérico, normocorado, aceitando dieta, eliminações físicas e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonéticas, Percurso Periférico Preservado, AVP em MSE, murmúrios vesiculares normais com expansibilidade torácica bilateral Preservada ABD: Abdomen flácido indolor a Palpação. PA: (160 x 110 mmHg) Hipertensão. R: (16,4cm) Normocárdico. Sem queixas no momento segue aos cuidados da equipe. AC de enf da FSN Tristide de Souza Caroline de Souza Enfermeira 558.6981
31/10/19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Apfelul, eupneico. Resposta física adequada, sono e repouso preservados. Eliminações físicas (SIC), eliminações intestinais seguras. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Suelio Moreira Suelio Moreira Enfermeiro 221.230
01.11.19		Paciente evolui consciente, orientado, verbalizando, eupneico, aceitando dieta, sono e repouso preservados. Eliminações físicas



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	R ^o 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		
						Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____		
						Laringe Espasmo: _____ Lenta _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
CÓDIGO VP: PULSO: D. RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: OPERAÇÃO	260					MANUTENÇÃO		
	240					1) Satisf. mantendo 3		
	220					2) Bloqueio total de		
	200					vital a 5% clonidina		
	180					Bloqueio total		
	160							
	140							
	120					ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____		
	100					Não Por Que _____		
	80							
	60					DESPERTAR		
	40					Reflexos na SO _____		
	20					Obstr. _____ CO _____ Excit. _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES					Com Cânula			
					Para o Leito: Sim _____ Não _____			
ANOTAÇÕES					CONDIÇÕES:			
AGENTES								
TÉCNICA	Bloqueio total de Suf.				CÂNULAS			
OPERAÇÃO	P. de anest.							
CIRURGIÕES	M. de anest.							
ANESTESISTAS	D. de anest.							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS			

Dra. Priscila 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 _____

foi submetido (a) à consulta Médica

nesta data, no horário das _____

horas, sendo portador da afecção

CID-10 _____

Arterial (S. alto)

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de *45* *Prévia (curar)* dias, a partir desta data.

Cajazeiras - PB, *21/11/19*

Dr. *Vilmar A. Gussella*

Ouro Preto - MG, 21/11/2017

Assinatura e Carimbo do Médico

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

Receita nº 10000000000000000000

10000000000000000000

10000000000000000000

Receita nº 10000000000000000000

Receita nº 10000000000000000000

Receita nº 10000000000000000000

Receita nº 10000000000000000000

Rua Tobiello Antônio Holanda, s/n



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 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 Luíziara 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

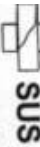
Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

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





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END: RUA TABELADO ANTONIO HOLANDA
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25
CGC/CPF: 08.778.268/0020-23
TELEFONE: (83) 3351-3563

Nome: JOCELIO DE SOUZA GOMES

Raça/Cor: PARDA Sexo: M

Dt. Nasc: 02/09/1992 Idade: 27 anos(es)

Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA GOMES

Profissão: ENTRADOR

Endereço: SITO CACHOEIRINHA

Bairro: ZONA RURAL

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

Telefone para Contato: / (83) 3351-3563 CNS: 703403006122900

Data e Hora: 22/11/2019 11:14:01

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosas: () Não () Sim

SSV

FC: FR: SPO2:

SERVIÇO SOCIAL

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

12 an de PD de fx.

50 QPDS a. em quer

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Vx mo fd

RECEPCIONISTA: JANIELSON CARTAXO

1. ☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

2. ☐ 02 - URGÊNCIA

3. ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

4. ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

5. ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição

Curativo

Ex 50 QPDS DIAGNÓSTICO

CID-10:

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO

☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 0301060100 4. _____

2. 0204010100 5. _____

3. _____ 6. _____

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

MÉDICO / CNS / CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. do Dr. Joao Gomes

CAVASTRO: 788594422





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 1906208		Mês de Atend. OUTUBRO		Ano de Atend. 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		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
SaúdeMinistério
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. ☒ 1FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

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 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

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 3456706 SSP / PB

Nome Facilio de Souza Gomes

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

7101341013101015141212191010

Data Nascimento 02 / 09 / 1992

N.º

Bairro zona Rural

Cidade Cajazeiras

UF

Segurado ou Dependente

Joaninde

Grau Parentesco

Esposa

no qual dou fé

Cajazeiras, 29 / Outubro

2019

Funcionário Responsável

Delviane

Paciente Responsável

Joaninde Alexandra Dias

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442

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
José Maria Gomes e de Maria 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)

Transtorno do S. DC

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

Para a parte do S. DC
Difundido leve

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico:

Transtorno do S. DC

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767



Nome: Joelle S. Gauer Idade: _____ Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categoria: _____

Nome:	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
	01/11/19	1) dieta livre 2) C.S.V	18.00-12.00	1º dia de 5º dia
		3) repouso 14h às 21h 4) deitar horizontal		
		Dr. Valdemir A. Cordeiro Ortopedia e Traumatologia R. 1283 - Centro - Curitiba Cirurgia de Jato		Dr. Valdemir A. Cordeiro Ortopedia e Traumatologia R. 1283 - Centro - Curitiba Cirurgia de Jato
		Atc. 14/11/19		





Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Joelma de Sousa Idade 117 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
29/10/19	14:00	Paciente admitido	36	82	18	110x70
		note-se presença de obstrução				
		orientado, estado verbalizando				
		segue os cuidados da equipe				
	20:00	SSVV ———	36.7	80	20	120x80
30/10/19	08:00	SSVV ———	35.8	76	16	150x101
		Paciente, consciente, orientado verbaliza				
		Segue os cuidados da equipe				
30/10/19	19:00	SSVV ———	35.0	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. labno consciente	36.1	80	20	100x80
		orientado verbalizando				
		ambulando higien-				
		izado Eliminação				
		Presença segue os cuida-				
		dos da equipe ———				



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Jocélio de Souza Gomes

Enf.: 114

Leito: 04

DATA	HORA	
29.10.19		Admitido para ato cirúrgico consciente, orientado, eupneico, acianótico, afébril, normocárdico, normotenso, eliminações fisiológicas (T) 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 vesicais e intestinais presentes (SIC). Ao exame AC: Bulhas cardíacas em 2T Normofonéticas, 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 2019. Anne Caroline de Souza Enfermeira COREN PB 558.6982
31/10/19		Paciente evolui, consciente, orientado, verbalizando, deambulando. Afébril, eupneico. Mucosas úmidas e rosadas, sem repouso respiratório. Eliminações presentes (SIC), aguardando procedimento cirúrgico e aos cuidados da equipe. ACD de enf da FSN Trislide 2019. Aylze Batista de Lucena Enfermeira COREN PB 221.230
01.11.19		Paciente evolui consciente, verbalizando, deambulando, sem repouso respiratório. Eliminações fisiológicas



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS										ENFERMARIA	LEITO	R ^o 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												
LIQUIDO		<p>SOL 500ml</p> <p>SOL 500ml</p>											
CÓDIGO													
VP													
TERIA: O PULSO: O RESPIRAÇÃO													
AX ANESTESIA: O OPERAÇÃO													
260													
240													
220													
200													
180													
160													
140													
120													
100													
80													
60													
40													
20													
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES		<p>Reflexos na SO</p> <p>Obstr.: CO Excit:</p> <p>Náuseas: Vômitos:</p> <p>Outros:</p> <p>Com Cânula</p> <p>Para o Leito: Sim Não</p> <p>CONDIÇÕES:</p>											
ANOTAÇÕES		<p>Reflexos na SO</p> <p>Obstr.: CO Excit:</p> <p>Náuseas: Vômitos:</p> <p>Outros:</p> <p>Com Cânula</p> <p>Para o Leito: Sim Não</p> <p>CONDIÇÕES:</p>											
AGENTES													
TÉCNICA		<p>Bloqueio cervical e Sedação</p>											
OPERAÇÃO		<p>P+ de neuro</p>											
CIRURGIÕES		<p>Mulher</p>											
ANESTESISTAS		<p>D. M. M. J. J. J.</p>											
OBSERVAÇÕES		<p>Dr. Priscila de S. Souza - Intake</p> <p>Anestesiologista</p> <p>CRM-PB 2673</p>											
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS		<p>PERDAS SANGÜÍNEAS</p>											





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

for submetido (a) à consulta Médica

nesta data, no horário das

horas, sendo portador da atecção

CID-10

pat. ven (5. cida)

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de *45* *quinze* dias, a partir desta data.

Cajazeiras-PB, *01/11/19*

Dr. *Walter A. Gusselli*
Ocupação: *Neurologia*
C.R.C. 7862 (RJ 5917)
Cirurgião - *Neurologia*
Assinatura e carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu,

autorizo o Dr. (a)

a registrar o

diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

Receituário Médico

Receituário Médico
14
14

Receituário Médico
14
14

Receituário Médico
14
14

Rua Tabellão Antônio Holanda, s/n



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3456706 07 JUN 2006

NOME JOCELIO DE SOUZA GOMES

FILIAÇÃO José Josivan Gomes
Maria do Socorro de Souza Gomes

Cajazeiras-PB. 02.09.1992

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 1.557. Fls. 357. Liv. A. 02.
DOB. ORDEM Cart. de Cajazeiras-PB.

CPF

JOÃO PESSOA - PB *M. Moura*

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 11.100-2/2008/83

P. 903

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOCELIO DE SOUZA GOMES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
090.832.214-31

Nome
JOCELIO DE SOUZA GOMES

Nascimento
02/09/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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

CPF / CNPJ 10638419417

PLACA HYU1088/PB

PLACA ANT. UF HYU1088 CE 9C2KC08107R066218

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP. / POT. / CIL. 2 P/12 /CV

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 IDP (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 03/09/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAJAZEIRAS-PB

DATA 04/09/2019

38857



Assinatura eletrônica de SUELIO MOREIRA TORRES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A QUEM SE ENCONTRAM TRANSPORTADAS OU NÃO - 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 2019 DATA EMISSÃO 04/09/2019

VIA 1 10638419417 HYU1088

00905722957 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007 9C2KC08107R066218

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 00000000 DETRAN (R\$) 00000000 CUSTO DO SEGURO 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 COTA ÚNICA 00000000 DATA DE PAGAMENTO 03/09/2019

PAGAMENTO 03/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.343.606/0001-04

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
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Jocélio de Souza Gomes

CPF do beneficiário: 090.832.214-31

Nome do solicitante: Fidel Feitosa

CPF do solicitante: 044.248.554-41

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99180-9410

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: vandinho@dpvat@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:

(DESCREVER)

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

Venho por meio deste, solicitar o acionamento de uma perícia a fim de identificar os reais danos por acidente, tendo em vista que o valor recebido não condiz com a realidade, da tabela que estabelece o 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: Agricultor
Endereço: Rua Josep Maria Braga Nº 26
Bairro: Capinzal Cep: 58.900.000 Cidade/UF: Capinzal / PB
Telefone: (83) 99180-9410 () ()

OUTORGADO:

Nome: Fidel Ferreira
RG: 43.819.611-9 Órgão Emissor: SSP/SP CPF: 074.248.554-41
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Estudante
Endereço: Rua Beliza Marques Galvão Nº 511
Bairro: Centro Cep: 53.900.000 Cidade/UF: Capinzal / 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



Jocelia de Souza Gomes
Assinatura do Outorgante



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DÍMAS ANDRIOLA",
RUA BELIZA MARQUES GALVÃO, 44-CENTRO
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de JOCELIO DE
SOUZA GOMES. Em test. de verdade. Dou fé.
CAJAZEIRAS - PB, 20/01/2020.



RENELITA DA ROCHA MOESIA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AJR68810-KRICJ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 12,27 FAREM 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

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

Titular do CPF: JOCELIO DE SOUZA GOMES

CPF de: Próprio

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

