



Número: **0858964-72.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52854407	17/12/2021 15:37	2849520_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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017447

Vítima: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

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 15366235





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017447

Vítima: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000081839-0

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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000081839-0

Nr. da Autenticação 3C1163C5108CB37E



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017447 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) PG 2
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

057.033.214-17

José Gutemberg Veloso do Nascimento

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

5 - Nome completo:

José Gutemberg Veloso do Nascimento

6 - CPF:

057.033.214-17

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Dist. de Capim

9 - Número:

30

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Capim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58287-000

15 - E-mail:

chuartesilvaadm@outlook.com

16 - Tel. (DDD):

(83) 98663-4900

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

81839

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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/vivonascido?

☐ 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 a aqueles 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

Assinatura legível da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 30/04/2020

José Gutemberg Veloso do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

por retorno limnete





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14419.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14419.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 18 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Gutemberque Veloso do Nascimento**, CPF nº 057.033.214-17, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria Marta Veloso do Nascimento e Jose Ferreira do Nascimento, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 23/03/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Manoel do Nascimento, Nº 52, bairro Centro, tendo como ponto de referência Capim de Mamanguape, na cidade de Capim/PB, telefone(s) para contato (83) 99361-6188.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Mauricio Pereira, Capim/pb, Capim/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/10/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

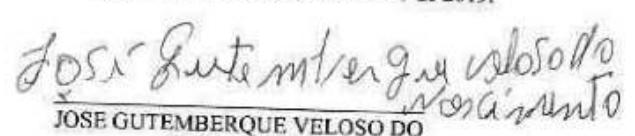
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 14/10/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA START DE COR PRETA, ANO 2017/18, PLACA OFX-3341/PB, CHASSI 9C2KC2500JR007192, REGISTRADO EM NOME DE ORLANDO NASCIMENTO DA SILVA, NA RUA JOSE MAURICIO PEREIRA, CENTRO, CAPIM/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE CAPIM/PB AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, CID S52.5, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 18 de dezembro de 2019.


JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO
NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 14419.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 057.033.214-17 4 - Nome completo da vítima: José Gutemberg Weloso do Nascimento

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

5 - Nome completo: José Gutemberg Weloso do Nascimento 6 - CPF: 057.033.214-17
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Dist. de Capim 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Capim 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58287-000
15 - E-mail: eluantesilvaadm@outlook.com 16 - Tel (DDD): 83 98663-4900

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 81839 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascido(s)? ☐ 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

Assinatura
original da
vítima ou
beneficiário
(assinatura)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 30/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



por retorno limite



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 270117 Atd: Nao Regula:
Data: 14/10/2019
Hora: 11:00:19
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.10.001583

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 057.033.214-17

CNS: 705209467290379 Sexo: M IDENTIDADE: 2545811 Fone: 9994005751

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 23/03/1982 Id: 37 ano(s)

End.: RUA JOSE MANOEL DO NASCIMENTO, 0

Bairro: CENTRO Cidade: CAPIM UF: PB

Mae: MARIA MARTA VELOSO DO NASCIMENTO

Pai: JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL HGM

PV.

Tr: porte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

CO: AO CARRO MOTO APRESENTA TRAUMA EM MSD E
MI: NEGA TRAUMA NA CABECA E TORAX

Paciente vítima de acidente com moto na proximidade

Exame físico: apresenta lesões na cabeça e no tórax. NEGA

UNSEAS, VOMITOS, CEFALIA E TONTURA REFERE DOR EM PUNTO D.

APRESENTA REFORMAS E ECOM EM PUNTO (D). Edema sem

interferência.

| Conduta

CD: EM OBSERVAÇÃO DEVIDO A QUEIXAS NEUROLOGICAS

Prescrição

Soluto ex

A orlopoda

| Horário da medicação

DIPLOMA 2g + ADER ABORD

Dr. Felipe Ramalho da Moura



Ans. p/yr

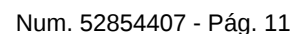
Luís Siqueira

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

[] Residencia [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO

Assinatura e Carimbo do M



JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO
LOC DNT DE CAPIM, S/N, CENTRO
CAPIM / PB CEP: 58287000 (AG. 14)



Ligação MONOFÁSICO
Cidade: REC. MTG B / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Roteiro: 6-258-830-4853 Referência: Out / 2019
Medidor: 00000782226 Emissão: 11/10/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9.230, km25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-880
CNPJ: 09.085.182/0001-40 - INSC. EST. 16.015.023.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº102.454.180
Cód. para Dct. Automática: 0001743825

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019 11/10/2019 11/11/2019 057.033.214-17

UC (Unidade Consumidora):

5/1776352-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Conteúdo a Energisa On! O novo aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe todos os dados, conforme haverá o pagamento programado na sua região, solicite serviços ou reclamações. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
11/09/19	3018	11/10/19	3723						
Demonstrativo									
CC - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Categoria	Alíq.	Valor Base	Categoria	Alíq.
0001 Consumo até 30 kWh-BR		30,000	0,268330	7,99	7,99	27	7,99	7,99	0,26
0001 Consumo - 31 a 120 kWh-BR		70,000	0,490000	34,30	34,30	27	34,30	34,30	0,27
0001 Consumo - 101 a 220 kWh-BR		5,800	0,884110	5,12	5,12	27	5,12	5,12	0,27
0001 Adic. B. Vermeida				2,09	2,09	27	2,09	2,09	0,27
0001 Adic. B. Amarela				0,43	0,43	27	0,43	0,43	0,27
0001 Bônus				20,00	20,00	27	20,00	20,00	0,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIB. ILUM. PÚBLICA				10,50	10,50	0	10,50	10,50	0,00
0001 REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 04/2019				-0,04	-0,04	0	-0,04	-0,04	0,00
0008 Devolução de usque				-29,42	-29,42	0	-29,42	-29,42	0,00

CC Código de Classificação de Item: TOTAL 82,58 84,52 22,82 84,52 0,76 0,28
Tarifa de Transmissão: 0,161719; Atividade: 0,311500; Atividade: 0,467280

Mês Último mês (kWh): 72
VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
18/10/2019 **R\$ 68,56**

Histórico de Consumo (kWh)
02 | 09 | 06 | 123 | 08 | 124 | 04 | 90 | 90 | 10 | 102 | 02
Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20

RESERVADO AO FISCAL
e5d7.0073.49e3.d49a.936f.5e71.1324.b672.

Indicadores de Qualidade - 12/2019 - Set				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
12 MENSAL	8,41	0,00	NOMINAL 220	Serviço de O&M de Energia Elétrica	11,97	17,40
10 TRIMESTRAL	12,34			Consumo de Energia	15,11	22,04
12 ANUAL	25,89			Serviço de Transmissão	1,19	1,73
12 MENSAL	0,62	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 220	Serviço de Distribuição	1,60	2,34
10 TRIMESTRAL	0,82			Impostos, O&M e Encargos	32,28	47,24
12 ANUAL	13,70			Outros Serviços	0,69	1,00
12 MENSAL	3,80	0,00		Total	68,56	100,00
12 ANUAL	12,22					

ATENÇÃO
Seu atestado foi faturado como Bônus Remido, tendo um desconto de R\$25,42.
Pagamentos em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 07353.839173 3 80460000006856
PAGADOR JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 057.033.214-17
LOC DNT DE CAPIM, S/N, CENTRO - CAPIM / PB CEP: 58287000
Nº do Documento: 00177635201910 Data de Vencimento: 18/10/2019 Valor do Documento: R\$ 68,56
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.085.182/0001-40
Br 220 - Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-880
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-1





Nome: Jose Gutembergue Veloso do nascimento				Registro:	
Idade: 37anos	Sexo: MAS	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 10 / 2019			Cirurgião: DR Luciano Gomes		
1º Assistente: Dr Carlos Thiago			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Rádio Distal DIREITO</i>					<i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução incruenta + fixação percutânea com fios K</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
Achados:
<i>Visualização de fratura do rádio distal dir</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra para redução incruenta de fragmentos ósseos</i>
<i>Fixação percutânea com 02 fios k 1.5 cruzados com auxílio de fluorosco-</i>
Fechamento:
<i>Tala axilopalmar gessada</i>
OBS:

Data: 16/10/19

Dr. Luciano G.
Ortopedista
CRM 12345

MÉDICO/C

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa -



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *fratura de nt ohtb expol gnt.*Conduta: *Trat p/ lupo elito upo + traubula**Amoxilina, (obito + lupo + traubula)*Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Levi Gonçalves Nelson Data da Adm: 12/12/2021
Prontuário: 123456789 Idade: 45 Enfermaria: 12
Nome da Mãe: Marcelina
Endereço: Rua da Liberdade, 123 Bairro: Centro
Cidade: João Pessoa Estado: PB Fone: 3333-4444 Pr: 1234
Sexo: F () M () Cor: Preto Estado Civil: Casado
Escolaridade: Ensino Médio Data de Na: 15/05/1976

QPD: Falta de sono (insônia)

HDA: Uso de medicação

Medicações em uso: Medicamento para insônia

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso 5 Kg em 1 mês
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ O

Pele: Normal

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaleia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: Normal

AR e ACV: ☐ Dor na cabeça ☐ Tosse ☐ Expectoração
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema na perna

ABD: ☐ Dor na região superior ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noct
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: Nenhuma

SME: ☐ Dor na articulação ☐ Rigidez pós-r
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensit
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor estável





12/144

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: <i>37a</i>	SEXO: <i>MASC</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: <i>28</i>	LEITO: <i>424</i>
DATA DE ADMISSÃO: <i>14/10/2019</i>		DATA DE ALTA <i>17/10/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura radio distal DIR.</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea do radio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de punho D. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA HOSPITALAR

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *CIPROFLOXACINA + AINES*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão. (DR. LUCIANO GOMES)

Dr. Klênio F. da Nobrega

CRM 11.094 PB

Ortopedia e Traumatologia

17/10/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015201/20

Vítima: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCII

CPF: 057.033.214-17

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GUTEMBERQUE
VELOSO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO : 057.033.214-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 13/01/2020
Nome: JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTO
CPF: 057.033.214-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE GUTEMBERQUE VELOSO DO NASCIMENTC

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

