

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

FOTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 903.683.357 DATA DE EMISSÃO 08/10/2015

NOME CARLOS ROENIR VERRAS PINHEIRO

RELACÃO CARLOS EMEY ALVES PINHEIRO ELIDA MARIA VERRAS PINHEIRO

NATURALIDADE FORTALEZA CE DATA DE NASCIMENTO 12/06/1962

DOC. ORIGINÁRIO CERT. DE CAS-DIV 1-8-03 F-34 RD-787 SÃO LUIS DO CARIACI CE-CANHOAL UNICO CARTORIO

973.413.633-53 1a. VIA

Odair

131117 7.116 DE 29/08/03

21 NOV. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-014




*Geisom Nunes de Sousa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.274.045	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/08/2014
NOME	GEISOM NUNES DE SOUSA		
FILIAÇÃO	GERALDO BATISTA DE SOUSA MARIA DAS MERCEDES NUNES DE SOUSA		
NATURALIDADE	SOUSA-PB	DATA DE NASCIMENTO	04/07/1998
DOC. ORIGEM	NASC. N. 8917 FLS. 278 LIV. 8 CARTÓRIO SÃO J. L. TAPADA-PB		
	127.361.484-44	ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 28/06/89			

21 NOV. 2014

**Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

Graduada pela Faculdade Santa Maria.  
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

## **Atestado Fisioterapêutico**

Trata-se do Paciente **Geisom Nunes de Sousa**, 20 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x animal) no município de São José da Lagoa Tapada- PB no dia 15/08/2018 com BO de número 2012/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada na diáfise do rádio esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na região do antebraço esquerdo com uso de tala gessada por um período de 10 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura no osso do antebraço esquerdo com redução + fixação com colocação de 01 placa de titânio + 07 parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 26/11/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Antebraço esquerdo apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 10cm disposta em sentido longitudinal, localizado na face medial do antebraço esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão, parestesia e diminuição da ADM do antebraço esquerdo para as AVDs.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do antebraço esquerdo.

**Dra Danyelle Cartaxo**

Fisioterapeuta  
CRFATO 191777-7

COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018

Sousa, 18.12.2018

**Dra Danyelle Cartaxo**

Fisioterapeuta  
CREFITO 191777-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

CREFITO: 191777-7



COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018

**RESOLUÇÃO Nº. 381/2010**

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**RESOLUÇÃO nº. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.**

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;  
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;  
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

**Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:**

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

\*\*\* É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu**, o **Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

26 DEZ. 2018

Atenciosamente, **Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

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

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA

20100907 01-0000

7/4/1998 M

Antebraço E

9/7/2018

10:08 AM

Initial Hospital Name

Operator Name

- kV, - mAs

UNIQUE S2001-4.0 SWL 1.1 02.72 02.58 eq.1 nr.0 dc.3.3

Zoom 100%

L

SID mm

L2047

W 4005

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON NUNES DE SOUSA

20180907-01-0009

7/9/1993 M

Antebraço E

9/7/2018

10:08 AM

Imagem Hospital Name

Operator eleva

1V - m/ve

UNIQUE: S.200 L:4.0 SWL d:1,1 g:2 / 2.55 2.58 e:1.1 nr:0 dc:3.3

Zoom 100%



26 DEZ. 2018



DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATUR
18/09/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
19/09/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
25/09/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
26/09/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
02/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
03/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
10/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
11/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
17/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
18/10/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
05/11/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
06/11/2018	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
12/11/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
13/11/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
20/11/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
26/11/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
29/11/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
03/12/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
04/12/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			
11/12/18	Ita Reposto.	<del>Ita</del>			

26 DEZ 2018





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

Prefeitura Municipal  
São José da Lagoa Tapada

*Secretaria de Saúde*

# Fisioterapia

*Posto de Saúde*  
*Unidade Mista Cacilda Braga*

SUS: 898 0023 5386 8181. DN: 040711998

*Geben*

NOME: *Geben Nunes de Sousa*

ENDEREÇO: *R. Calbras.*

AGENTE DE SAÚDE: *Joana.*

DATA: *18/09/2018*

126 DEZ. 2018



**SAMU  
192**



**SÃO JOSÉ**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO**

**- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: 25/08/18	Ocorrência n.º: 0007	Paciente / Usuário: Geison Nunes de Sousa	Idade: 20	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: Boa Vista		Bairro:	Médico Regulador:	
Apoiar no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

**- TIPO DE AGRAVO**

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento/ Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	

**- ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Droga
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros:

**- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM**

Serviço Médico: Responsável: Danilo de Sousa Virgínio

**- MOTIVO DE TRANSPORTE**

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência Simples ☐ Outro:

**- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

Local: Responsável: Função:

**- EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)**

Poluição motor animal

☐ Agitação ☐ Alergia ☐ Ausência de Pulso (Central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarréia ☐ Dificuldade Respiratória ☐ Dor: Local ☐ Febre ☐ Inconsciente/ Desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros:

**1 - DADOS VITAIS**

P.A. SISTÓLICA: 120 P.A. DIASTÓLICA: 80 PULSO: 81 FR: 99 TEMPERATURA: GLICEMA: E. Coma:

**2 - VIA AÉREA**

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Brinco-aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

**- VENTILAÇÃO**

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular

**- EXPANSIBILIDADE**

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**- ACHADOS**

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outro:

**3 - CIRCULAÇÃO**

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

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2813472CNPCPF: 06.779.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FRANCISCO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CPE: 59.802.180.

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF: PB

PACIENTE: Wesley Augusto de Sousa

SUS: 288009333888 IDADE: 35 SEXO: M RAÇA: branca

ENDEREÇO: Rua de São João PROFISSÃO: professor

Bairro: Centro MUNICÍPIO: Sozinha

ESTADO: PB CÉFEP: 59.802.180 DOCUMENTO: RG 4.274.045

DATA DO ATENDIMENTO: 15.08.18 COD. MUNICÍPIO: 59.802.180

CONTATO: (51) 3333-3333 Mãe

Acopmante: Wesley Augusto de Sousa

ALUNOS DE EXAM: FÍSICO SURTADO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:  
NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR

GOVERNO DO ESTADO  
Secretária de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

*Exames de laboratório*

*Exames*

- Exames laboratoriais e exames  
de imagem

*11/11*

- Exames de imagem

- Exames de imagem

*11/11*

*Dr. João de Fátima  
Medico  
CRM-PB 3893*

*4/12/11*

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58502-180  
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO  
DA PARAIBA

26 DEZ. 2018



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



MAT.: 130712

Nome: Geizom Nunes de Jesus Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04 / 02 / 98 Est. Covil: Resp.: Geraldo Batista de Jesus  
Rua: Sítio Gribos Cidade: J. B. Tapada Est.:  
Médico Assistente: Dr. Clínica: Cirúrgica  
Data da Internação: 23 / 08 / 2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Deformidade no artelho esquerdo.

Queixa Principal: DM + deformidade no artelho E + bursite.

História da Doença Atual: Paciente sofreu acidente de trabalho  
fazendo de L.J. sobre joelho, quando colidia com  
maquinário.

EXAME FÍSICO:

DM  
bolsa  
D.I. normal  
Paciente deformado no  
artelho esquerdo

DIAGNÓSTICO: Deformidade do artelho esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PA 70564 CRM-RN 4228  
TEOT-9057 AN-57654

26 DEZ. 2018

Nome do Paciente

Gerson Nunes de Sá

Nº Prontuário

130712

Data Operação

24/08/2018

Enf.

Leito

Operador

Dr. Denis

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Ingrid Juiz

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Furto do Arterio segundo

Tipo de Operação

Osteotomia do Antebraço (F) (Furto do nódulo).

Diagnóstico Pós Operatório

Furto da dif. do nódulo.

Relatório Imediato do Patologista

N/A

Exame Radiológico no Ato

N/A

Acidente Durante a Operação

N/A

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4328  
TEOT-987 AO-52.654

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada a cirurgia de acesso ao antebraço, com a paciente em posição supina. Realizada a incisão cutânea, com a pele e tecido subcutâneo dissecados. Realizada a osteotomia do antebraço, com a utilização de uma serra oscilante. Realizada a drenagem do conteúdo do nódulo, com a utilização de uma seringa. Realizada a sutura da ferida, com a utilização de fio 3/0. Realizada a aplicação de um curativo.

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4328  
TEOT-987 AO-52.654







HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Geison Nunes Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
	24/08/2018		
	1) Dor leve pós cirurgia		
	2) Espirina - 1.000mg. V.U. 24h	22:00	Apresenta quadro de dor
	3) Espirina - 1.000mg. V.U. 8/15h. (5h)	22:00	Intensificada. Dr. Geison
	4) Paracetamol 1000mg. V.U. 8/15h. (5h)		
	5) Paracetamol 1000mg. V.U. 8/15h. (5h)		
	6) Analgésico		
			
	ALERGICO A DILIDONA, TIATIL E OCTOPRENCO		Apresenta quadro de dor
			Apresenta quadro de dor
	25/08/2018		
	26/08/2018		
	27/08/2018		

Geilson Nunes Farias

26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Ombro

07/15/2018

7:39 AM

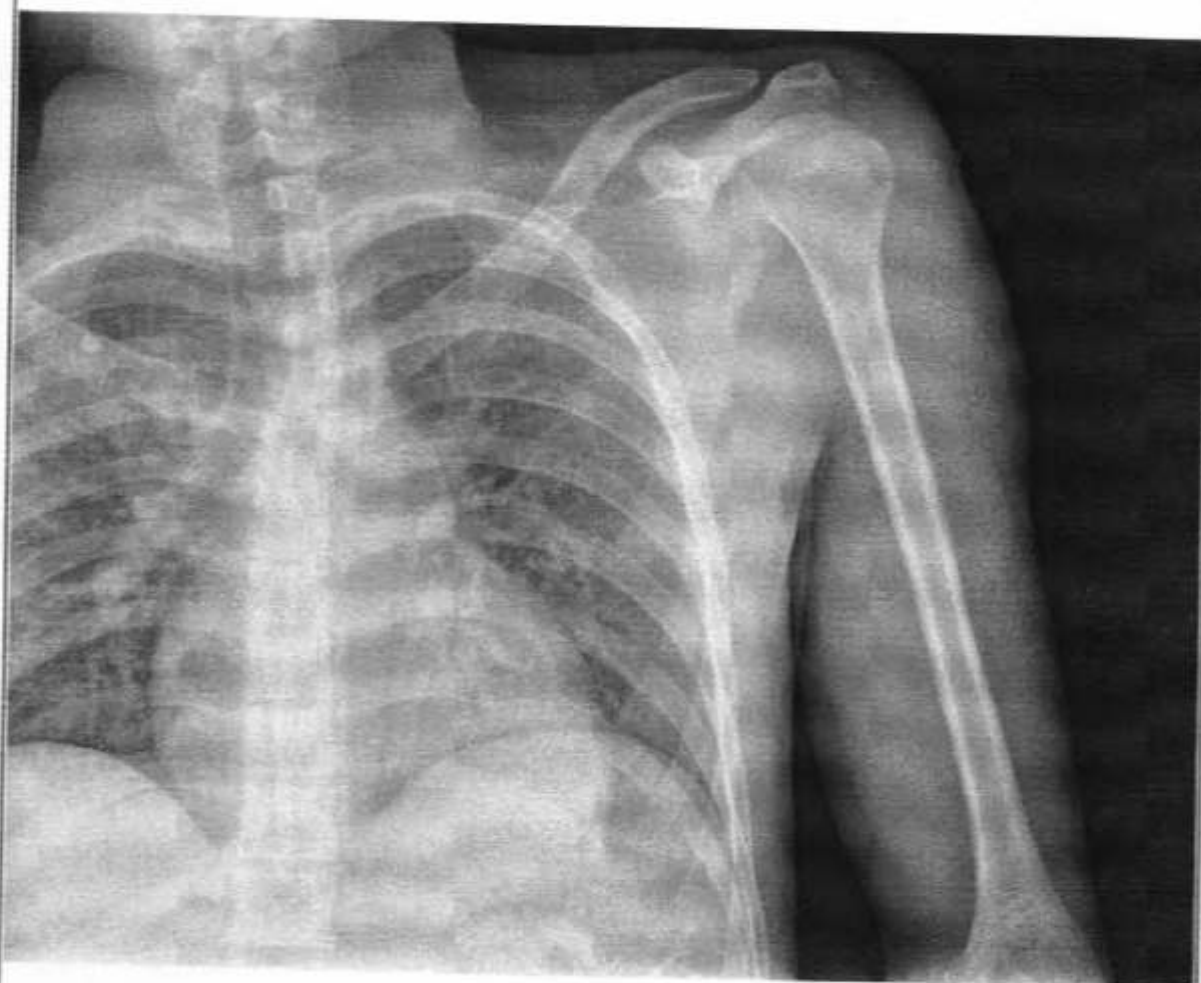
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:0,66 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5

Zoom 100%



SD mm

L 2047  
W 4095

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUYES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

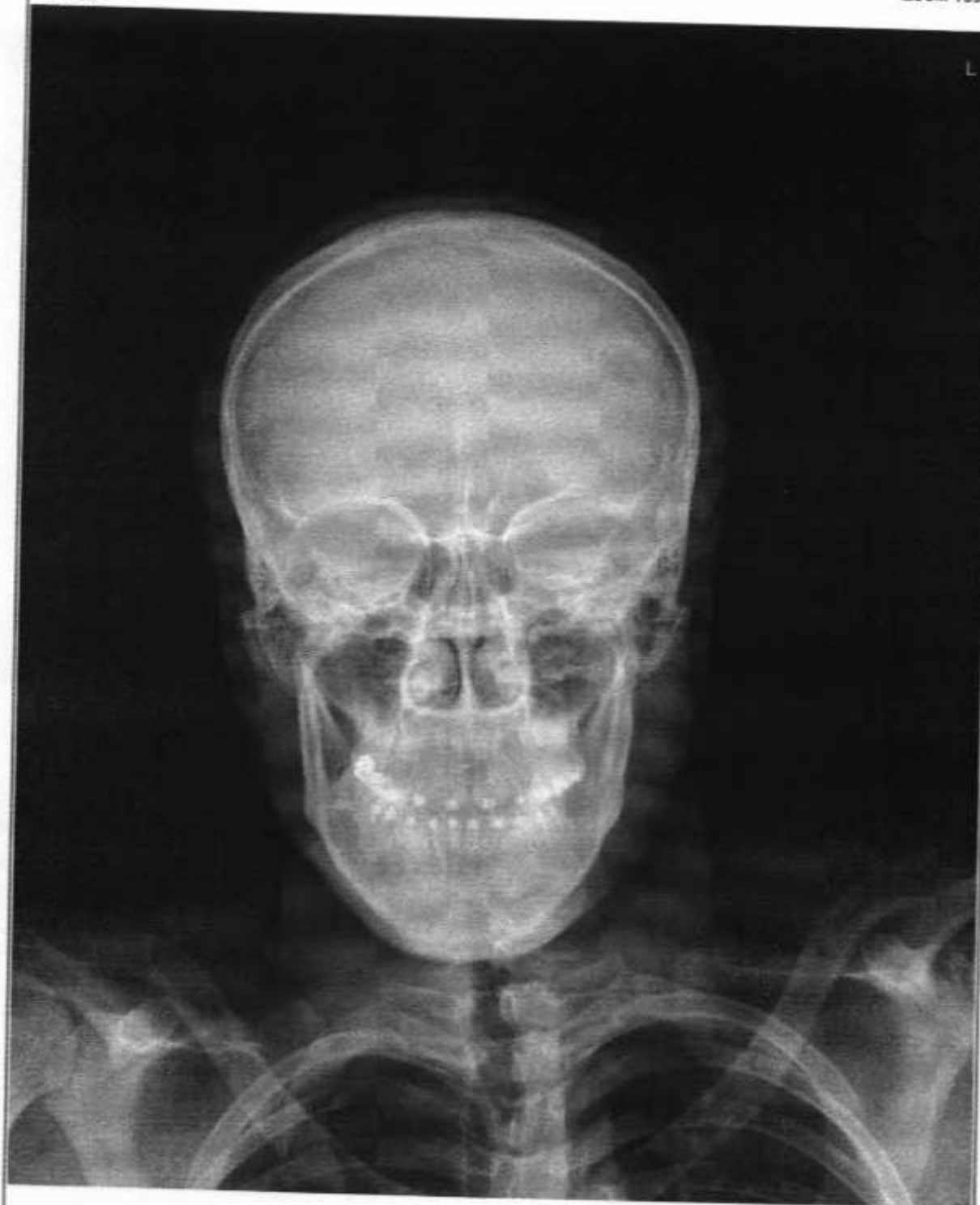
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0,94 g:2,4 sb:3,23 eq:0 nr:0 dc:3,7...

Zoom 100%



500 mm

L 2047  
W 4096

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUIES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

08/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom 100%



SD mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUYES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1901 M

Antebraccio E

8/15/2010

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



SD min

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUYES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1900 M

Antebraço E

07/16/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom: 100%



580 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018

Nome do Paciente

Geisou Nunes de Jesus

Nº Prontuário

132 323

Data Operação

23/01/2019

Enf.

Leito

Operador

Dr. Denis Rocha

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Muniz Junior

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Mistura do conteúdo dequeto

Tipo de Operação

Redução de placa e perfuração.

Diagnóstico Pós-Operatório

Mistura do conteúdo dequeto (constituinte)

Relatório Imediato do Patologista

Luo

Exame Radiológico no Ato

Luo

Acidente Durante a Operação

Luo

Dr. Denis Rocha

MÉDICO

CRM/PA 7054 CRM/RN 4228

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Aberto ao ponto de acesso, no cunho  
 dequeto - conteúdo. Após a perfuração, mistura  
 dequeto de placa e perfuração do conteúdo  
 dequeto. Suspenso por fio de sutura. Perfuração  
 do caso.

Dr. Denis Rocha

MÉDICO

CRM/PA 7054 CRM/RN 4228





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlson Nunes

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

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

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

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

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

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

03/01/2019

1) Ponta Branca - 10h

2) S.O.S.C. - 10h

3) Admissão - 01h. 10. 61154

4) Admissão - 10h. 10. 8184

5) Exatidão 4h. 10. 8184

6) Lançamento - 10h. 8184 (52)

7) Cuidado

8) Cuidado

9) Cuidado

10) Cuidado

11) Cuidado

12) Cuidado

13) Cuidado

14) Cuidado

15) Cuidado

16) Cuidado

17) Cuidado

18) Cuidado

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM 1054 CRANIO 4228

04/01/2019

1) Cuidado

2) Cuidado

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM 1054 CRANIO 4228

CRM 1054 CRANIO 4228

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM 1054 CRANIO 4228

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM 1054 CRANIO 4228

20 anos

MAT.: 132.323

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

ANAMNESE: Dor em artrose aguda.

Queixa Principal: Dor nos locais de artrose aguda.

História da Doença Atual: Dor com caráter de  
dor em artrose aguda.

EXAME FÍSICO: Dor nos locais  
de artrose aguda  
edema local

DIAGNÓSTICO: Artrose de quadril esquerdo

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

11 ABR. 2019

**Not intended for official interpretation.**

GEISON JONES  
20190103 01:0038  
7/1/19 M  
Antebrach E  
1/3/2019  
9:30 PM

Initial Hospital Name  
Operator eleva  
- V, - mAs  
nr: 3.3  
Zoom 100%

UNIQUE: S 200 L 4.0 SWL: 1.1 g 2.72 sq 2.68 sq  
nr: 3.3  
Zoom 100%



11 ABR. 2019

**Not intended for official interpretation.**

GEISON JONES  
20190103 01:0035  
7/4/19 M  
Antebrachio E  
1/3/2019  
9:30 PM

UNIQUE: S200 L4 0 SWL d-1.1 g-2.72 sb-2.59 eq-1 nr-1  
Initial Hospital Name  
Operator eleva  
V, - mAs  
dc:3.3  
Zoom 100%

SRD mm

L2017  
W4000

11 ABR. 2019

**Not intended for official interpretation.**

GEISON PUNES DE SOUSA

20181214-01-0012

7/4/1998

Pulso E

12/14/2018

10:32 AM

Initial Hospital Name

Operator eleva

- 1/7 - mAs

inc. 0 de: 3 b...

Zoom 100%

UNIQUE: S200 L4.0 SWL d:1.2 p:3.83 sb:4.85 eq:1

SID mm

Exposure  
Widex

11 ABR. 2019

GEISON VUNES DE SOUSA  
20181214-11:0012  
7/4/1998  
Pulse E  
12/14/2018  
10:32 AM

Hospital Name  
 Open for eleva  
 L - 1 V, - mAs  
 k 55 ea 1 hr. 0 dc:3 b...  
 30 m 100%



11 APR. 2019







GOVERNO DO ESTADO  
Secretária de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

*Comissão de ...*

*Voto*

*Ex. ...*

*Ex. ...*

*Ex. ...*

*Assinatura*  
Medico  
CRM-PB 5883

*21/11/17*

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

GOVERNO  
DA PARAIBA

21 NOV. 2018

MAT.: 130712

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

ANAMNESE: Depressão no último episódio.

ANAMNESE: *JP*

Queixa Principal: *DM + hipertensão na artéria (E) + colesterol*

História da Doença Atual: *Prontuário sobre o infarto do miocárdio*  
*prontuário de S. J. sobre o infarto, quando colidido com*  
*reinal.*

**EXAME FÍSICO:**

Q. 71  
como  
Q. 71. Summa  
Grande de fados e m  
outros segredos

**DIAGNÓSTICO:**

Justico do Conselho Sagrado.

### Procedimiento:

*C.I.D.*

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-FB 7054 CRM-RN 4228  
TEUT-9877 AO-57654





**Not intended for official interpretation.**

GEISOW WUWES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Ombro

8/15/2018

7:39 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0,66 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...

Zoom 100%



SD mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018

**Not intended for official interpretation.**

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

Initial Hospital Name  
Operator user  
- kV, - mAs  
UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0,94 g:2,4 sb:3,23 eq:0 nr:0 dc:3,7...  
Zoom 100%



580 mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA  
20180815-01-0001  
7/4/1998 M  
Artesburgo E  
18/1522018  
7:41 AM

Initial Hospital Name  
Operator user  
- kV, - mAs  
UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1,1 g:2,72 sb:2,58 eq:1 nr:0 dc:3,3...  
Zoom: 100%



580 mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA  
20180815-01-0001  
7/4/1998 M  
Antebraço E  
8/15/2018  
7:41 AM

Initial Hospital Name  
Operator user  
- kV, - mAs  
UNIQUE S:200 L:4.0 SWL d:1,1 g:2,72 sb:2,58 eq:1 nr:0 dc:3,3...  
Zoom 100%



500 mm

L 2047  
W 4095

21 NOV. 2018

**Not intended for official interpretation.**



21 NOV. 2018

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUDES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/14/2018 M

Antebraccio F

8/15/2018

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom 100%



SD mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Mercedes Nunes Sousa,

RG nº 2114268, data de expedição 28/07/94, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF nº 051 870 214-60, com domicílio na cidade de São José LT, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Área Rural,

nº S/N, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Geison Nunes de Sousa cujo o condutor era Geison Nunes de Sousa.

Veículo: Honda/CG 125 FAN

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: MNU 54 51/PB

Chassi: 9C2JC30708R788116

Data do Acidente: 15/08/2018

Local e Data: Sousa/PB, 20/11/2018



Maria das Mercedes Nunes Sousa  
Assinatura do Declarante

Geison Nunes de Sousa  
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



21 NOV. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geison Nunes da Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Geison Nunes da Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua José Facundes de Lima</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>— — —</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>verasdprvt@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(33)9.8181.8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(33)9.9919-4307</u>

Sousa-PB de 20 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001094006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSP/SSICE,

CPF nº 933.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Facundes de Lira</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>1</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

**DOCUMENTO ORIGINAL**

21 NOV. 2018



Revised: 1-177-12-1242

DOI: 10.1002/for

Cód. para Del. Automática: 0000696 1200

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Valor prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	-----------------------------------	-----------------

03/11/2018 03/11/2018 03/11/2018 03/11/2018

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
04/03/18	88834	04/10/18	84316	*	888		35
<b>Demonstrativo</b>							
COI	Descrição	Código do Terceiro	Valor Base Calc.	Aliq. (cmr/R\$)	Base Calc. (cmr/R\$)	Per(R\$)	Calcular(R\$)
			Trabalho(R\$)	CMR(R\$)	CMR	PerCalcular(R\$)	CMR(12%) (CMR*14%)
0801	Consumo em kWh	888.000.0.802805	888.00	888.00	25	138.25	889.00
0801	Adic. El. Vermelho		48.25	48.25	25	12.06	48.25
						0.32	1.49
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLM PUBLICA		27.34	0.00	0	0.00	0.00
0804	JURCS DE MORA 10/2018		7.80	0.00	0	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2018		12.89	0.00	0	0.00	0.00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 09/2018		8.10	0.00	0	0.00	0.00

CD: Código de Classificação do Item	TOTAL	292,33	671,54	169,33	671,54	0,00	0,00
-------------------------------------	-------	--------	--------	--------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

ETB 11/10/2018 RS 664.28

Histórico de Consumo (kWh)

272 | 416 | 297 | 438 | 477 | 604 | 741 | 879 | 1017 | 1155 | 1293 | 1431

Quarter	Next	Delta	Jan15	Feb15	Mar15	Apr15	May15	Jun15	Jul15	Aug15	Sep15
Q117	Next	Delta	Jan15	Feb15	Mar15	Apr15	May15	Jun15	Jul15	Aug15	Sep15

1bfd.46b2.f868.33d1.6074.e470.afc9.a708

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	SITUAÇÃO		Limite de Tensão (V)	Distribuição	
	Apurado			Valor (R\$)	%
PC MENOR	0,00	NORMAL	220	136,75	21,53
PC TRIMESTRAL			422,88	59,21	
PC ANUAL			21,14	3,01	
PC MENOR	0,00	CONTAÇÃO	203	239,89	34,01
PC TRIMESTRAL			LIMITE INFERIOR	0,00	0,00
PC ANUAL			LIMITE SUPERIOR		
<b>Total</b>	<b>0,00</b>			<b>664,28</b>	<b>100,00</b>

## ATENÇÃO

## Faturas em atraso

• **REAVISO DE PAGAMENTO:** Caso não efetue(s) as suas relacionad(s) o(a) mercadori(a) em atraso, o fornecedor poderá se autodenotar a partir de 19/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de dívida suspensa do fornecedor caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora em conformação. Caso ocorra atraso no pagamento da(s) fatura(s), como decorrência dessa mensagem.

Set/18 631.24

Fatura sujeta a IVA de 21% (según legislación en vigor) en caso de no haberse producido el reembolso.  
Reserva Tarifario-Vigencia 20/08/15-Ries Anillo nº 2 435-Sena Tensio 15 415- Vedo  
Reserva Tarifario-Vigencia 20/08/15-Ries Anillo nº 2 435-Sena Tensio 15 350- Vedo

	VENCIMENTO	TO
1	1000	1000
2	1000	1000
3	1000	1000
4	1000	1000
5	1000	1000
6	1000	1000
7	1000	1000
8	1000	1000
9	1000	1000
10	1000	1000
11	1000	1000
12	1000	1000
13	1000	1000
14	1000	1000
15	1000	1000
16	1000	1000
17	1000	1000
18	1000	1000
19	1000	1000
20	1000	1000
21	1000	1000
22	1000	1000
23	1000	1000
24	1000	1000
25	1000	1000
26	1000	1000
27	1000	1000
28	1000	1000
29	1000	1000
30	1000	1000
31	1000	1000
32	1000	1000
33	1000	1000
34	1000	1000
35	1000	1000
36	1000	1000
37	1000	1000
38	1000	1000
39	1000	1000
40	1000	1000
41	1000	1000
42	1000	1000
43	1000	1000
44	1000	1000
45	1000	1000
46	1000	1000
47	1000	1000
48	1000	1000
49	1000	1000
50	1000	1000
51	1000	1000
52	1000	1000
53	1000	1000
54	1000	1000
55	1000	1000
56	1000	1000
57	1000	1000
58	1000	1000
59	1000	1000
60	1000	1000
61	1000	1000
62	1000	1000
63	1000	1000
64	1000	1000
65	1000	1000
66	1000	1000
67	1000	1000
68	1000	1000
69	1000	1000
70	1000	1000
71	1000	1000
72	1000	1000
73	1000	1000
74	1000	1000
75	1000	1000
76	1000	1000
77	1000	1000
78	1000	1000
79	1000	1000
80	1000	1000
81	1000	1000
82	1000	1000
83	1000	1000
84	1000	1000
85	1000	1000
86	1000	1000
87	1000	1000
88	1000	1000
89	1000	1000
90	1000	1000
91	1000	1000
92	1000	1000
93	1000	1000
94	1000	1000
95	1000	1000
96	1000	1000
97	1000	1000
98	1000	1000
99	1000	1000
100	1000	1000

PARA	VENCIMENTO	10
------	------------	----

Rutgers 1-177-10-1720 44/10/0010

Matricule: 996132-2018-10-4 11/10/2018

83650000008-9 64280054000-6 06961322018-0 1



© 2008 Pearson Education, Inc.

*Journal of Management Education* 36(8) 907-921

21 NOV. 2018



**SAMU  
192**



**SÃO JOSÉ**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO**

**- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: <u>25/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Geison Nunes de Sousa</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Boa Vista</u>		Bairro: _____	Médico Regulador: _____	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro: _____				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro: _____				

**- TIPO DE AGRAVO**

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	

**- ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Droga
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

**- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM**

Serviço Médico: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

**- MOTIVO DE TRANSPORTE**

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência Simples ☐ Outro: \_\_\_\_\_

**- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

Local: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

**- EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)**

Colúrio metoxanil

☐ Agitação ☐ Alergia ☐ Ausência de Pulso (Central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade Respiratória ☐ Dor: Local \_\_\_\_\_

☐ Febre ☐ Inconsciente/ Desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**1 - DADOS VITAIS**

P.A. SISTÓLICA: 120 P.A. DIASTÓLICA: 80 PULSO: 81 FR: 99 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ GLICEMA: \_\_\_\_\_ E. Coma: \_\_\_\_\_

**2 - VIA AÉREA**

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Brinco-aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.: \_\_\_\_\_

**- VENTILAÇÃO**

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular

**- EXPANSIBILIDADE**

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**- ACHADOS**

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

**3 - CIRCULAÇÃO**

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

**- EDEMA**
☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M. Inferiores ☐ Anasarca
**- PERFUSÃO**
☐ Normal ☐ Retardada (> 2 seg) ☐ Ausente
**- PULSO**
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
**- E.C.G.**
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado
**4 - EXAME NEUROLÓGICO**
☐ Agitação ☐ Sonolência ☐ Coma ☐ Convulsão ☐ Otorragia ☐ Rigidez ☐ Midríase
**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas ☐ Trabalho de parto ☐ Outros:
**6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****- DIAGNÓSTICOS****- PROCEDIMENTOS**
☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso / Orotraqueal ☐ Cânula Orofaringea ☐ Cricotireostomia ☐ Ventilação mecânica (manual - "AMBU")  
☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio (O2) ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Desfibrilação / Cardioversão ☐ Controle de hemorragia  
☐ Curativo ☐ Punção venosa ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical ☐ Sedação ☐ Imobilização de membros ☐ Colar cervical ☐ Talas / Tração  
☐ Orotraqueal ☐ Outros:
**ENCAMINHAMENTO****TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)****EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS**

AVS 15 foi acionado para atendimento de trauma de pleom Gerson Nunes de Sousa, 20 anos, vítima de colisão motorveicular. Com consciência, orientado, encosta-se em decúbito lateral, suposto de postura no antebraço esquerdo, prumo no eixo centro-centro na região de supinação e pronação. SSV: 111, 120 x 80, P: 81, SP: 277. Sob regulação médica foi realizado protocolo de AT, H, e AVP com SF. Encaminhado ao HRS e retomado a base.

**ENCAMINHAMENTO**
☐ Liberado após atendimento ☐ Recusa o atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte
**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**
☐ Decúbito dorsal ☐ Decúbito lateral ☐ Decúbito ventral ☐ Sentado ☐ Elevação de cabeça (cabeça)
**SERVIÇO DE SAÚDE****RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**MÉDICO: João Batista

CRM: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO (A): Antia FormigaCOREN: 501523

MAT: \_\_\_\_\_

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.: Nadya

COREN: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Junior

MAT: \_\_\_\_\_



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Geison Nunes de Sousa

CPF da Vítima

127.361.484-44

Data do Acidente

15/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

verasdpvate@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83) 9.9919-4307

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Geison Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Boletim de Ocorrência nº. 2012/2018**

Aos PRIMEIRO DIAS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA CRUZ/PB, na Delegacia de Polícia Civil (Cartório da Mesma), sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Polícia Civil Dr(a). **VICENTE HONÓRIO FILHO**, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h:30,min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GEISOM NUNES DE SOUSA, conhecido(a) por GEISOM, Identidade nº 4274045/SS/PB, CPF nº 127361484-44, nacionalidade: brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão, comerciante, filho(a) de Geraldo Batista de Sousa e de Maria das Mercedes Nunes de Sousa, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 004/07/1998 (20 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Caibros, Zona Rural de São Jose da Lagoa Tapada-PB, para contato: não informou.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15/08/2018;
- 3) **Horário do fato:** 05:00 :min;
- 4) **Local do fato:** São Jose da Lagoa Tapada-PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Sousa ;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** não;
- 8) **O veículo o qual o (a) comunicante conduzia encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente?** nao

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

VEICULO: MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN, COR CINZA, ANO E MODELO 2008, PLACA MNU5451/PB, CHASSI 9C2JC30708R788116, Licenciada em nome de Maria das Mercês Nunes de Sousa.

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

Vinicius de Noel.

**8) Breve resumo do fato:**

Que, afirma o comunicante que sofreu um acidente de transito, na data, hora e local acima descrito, quando trafegava de sua residência no endereço acima citgado, sentido a Cidade de São Jose da Lagoa Tapada, conduzindo a Motocicleta, acima citada e ao chegar ao Sítio Cais, veio a colidir com um animal(jumento) na pista, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Geisom Nunes de Sousa*  
Comunicante

OSMARINO SOUTO NUNIZ  
ESCRIVÃO AD-POC  
RAT 000730-1

21 NOV. 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

127.361.484-44

Nome completo da vítima

Geison Nunes de Sousa

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

Nome completo Geison Nunes de Sousa		CPF titular da conta 127.361.484-44	Profissão Recuso
Endereço Sítio Caibroz		Número S/N	Complemento ---
Bairro Area Rural	Cidade São José da Lagoa Tapada	Estado PB	CEP 58815000
Email verasdprvat@hotmail.com			Telefone (DDD) (93) 9999-4307

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0558 D/V (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____ <b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. 64852 D/V 0 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

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

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Geison Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**  
**GEISOM NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13775191



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**  
**GEISOM NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 14231454



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**

Vítima: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13633029



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	00/00/0000
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE:    GEISOM NUNES DE SOUSA  
  
BANCO:        104  
AGÊNCIA:    00558  
CONTA:        000000064852-0

---

Nr. da Autenticação 90BD398E51A89BE7

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Geison Nunes de Sousa  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4.274.045  
CPF: 127.361.484/44  
Profissão: Recuso  
Endereço: Sítio Cabroz, s/n - Área Rural  
São José da Lagoa Tapada / PB

### OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.

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

para

a

v

Geison Nunes de Sousa

Sousa, PB, 20/11/2018

Local e data

Geison Nunes de Sousa

Assinatura do Outorgante

CARTÓRIO  
UNICO

21 NOV. 2018

CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB  
Rua Amintas Sarmiento, s/n - sala 3 - Centro - CEP: 58815-000  
Oficial Titular: Cláudio Antônio Marques de Sousa  
Reconhecido, por autenticidade, a(s) assinatura(s) de:  
Geison Nunes de Sousa  
Data: 20/11/2018  
Selo Digital: 40108621E5M  
Com a(s) autenticidade(s) em: 20/11/2018



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420896/18

**Número do Sinistro:** 3180547142

**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA

**CPF:** 127.361.484-44

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/08/2018

**Titular do CPF:** GEISOM NUNES DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547142 **Cidade:** São José da Lagoa Tapada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547142 **Cidade:** São José da Lagoa Tapada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 9669613987  
VIA 12182425-D 00/00000000 2012

MARIA DAS MERCEDES NUNES SOUSA

05187021460 MNUS451/PB

NOVO PB 9C2JC30708R788116

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2008 2008

2 P/124/CI PARTIC. CINZA

1 COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º

IPVA ISENTO 00/00/0000 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PARCELAMENTO / COTAS 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO

REST. BEN. TRIBUTARIO OBSERVAÇÕES

S J LAGOA TRADIDA-PB 16/03/2012

40665 11436

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

PB Nº 9669613987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05187021460 MNUS451/PB

EXERCICIO 2012

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCICIO 2012

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCICIO 2012

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCICIO 2012

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCICIO 2012

PLACA

DATA EMISSÃO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

11436-0957408-20120316

21 NOV. 2018