



NÚMERO
SERIAL 993.683.567 DATA DE
EXPEDIÇÃO 08/10/2015

NOME CARLOS RENAN VIEIRAS PINHEIRO

PAÍS/PAPEL CARLOS ENÉS ALVES PINHEIRO
ELIDA MARIA VIEIRAS PINHEIRO

NATURA/CIDADE DATA DE EXPEDICIONTE
FORTALEZA CE 12/06/1982

DOC. ORIGINA CERT. DE 040-DIV-1-8-03 F-04 80-782
PRO LUIS DO COUTO DE CARHORIO UNICO CARTORIO

993.419.833-53 1a, 918

Orai
181 N° 7.116 DE 29/08/03

21 NOV. 2018



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 MERCÉDES NUNES DE SOUSA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SOUSA-PB	04/07/1998
DOC. ORIGEM	
NASC.N.8917 FLS.278 LIV.8	
CARTÓRIO SÃO J. L. TAPADA-PB	
127.361.484-44	
ASSINATURA DO CARTÓRIO	
LEI N° 7.116 DE 29/06/89	

21 NOV. 2018

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

CREATO 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.

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 N°. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO n°. 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 208º 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, usado 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

201000357-01-0003

7/4/1998 M

Antebraço E

9/7/2018

10:08 AM

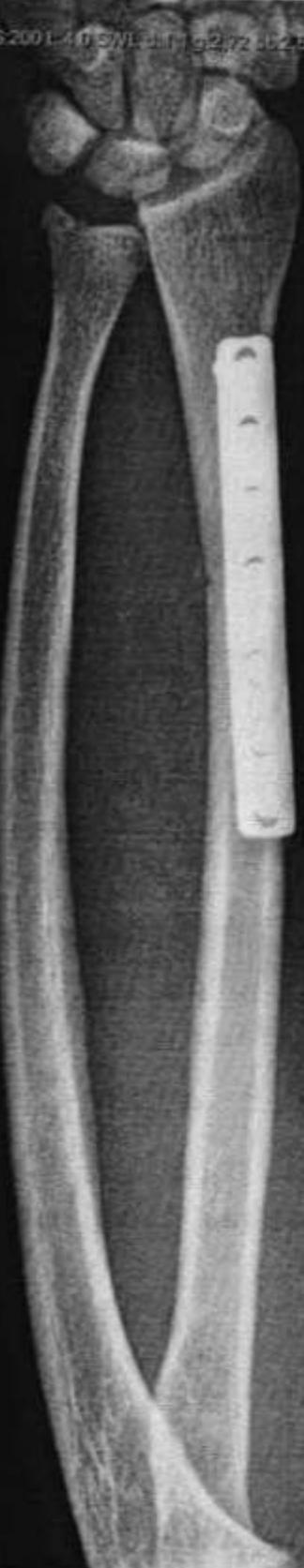
Initial Hospital Name

Operator name

- KV - mAs

UNIQUE 5.2001-40 SWI.dif M 32.72 052258/eq.1 nr.0 dc.3.3

Zoom 100%



L

SID mm

L 2047

W 4006

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON NUNES DE SOUSA

20180907-01-0009

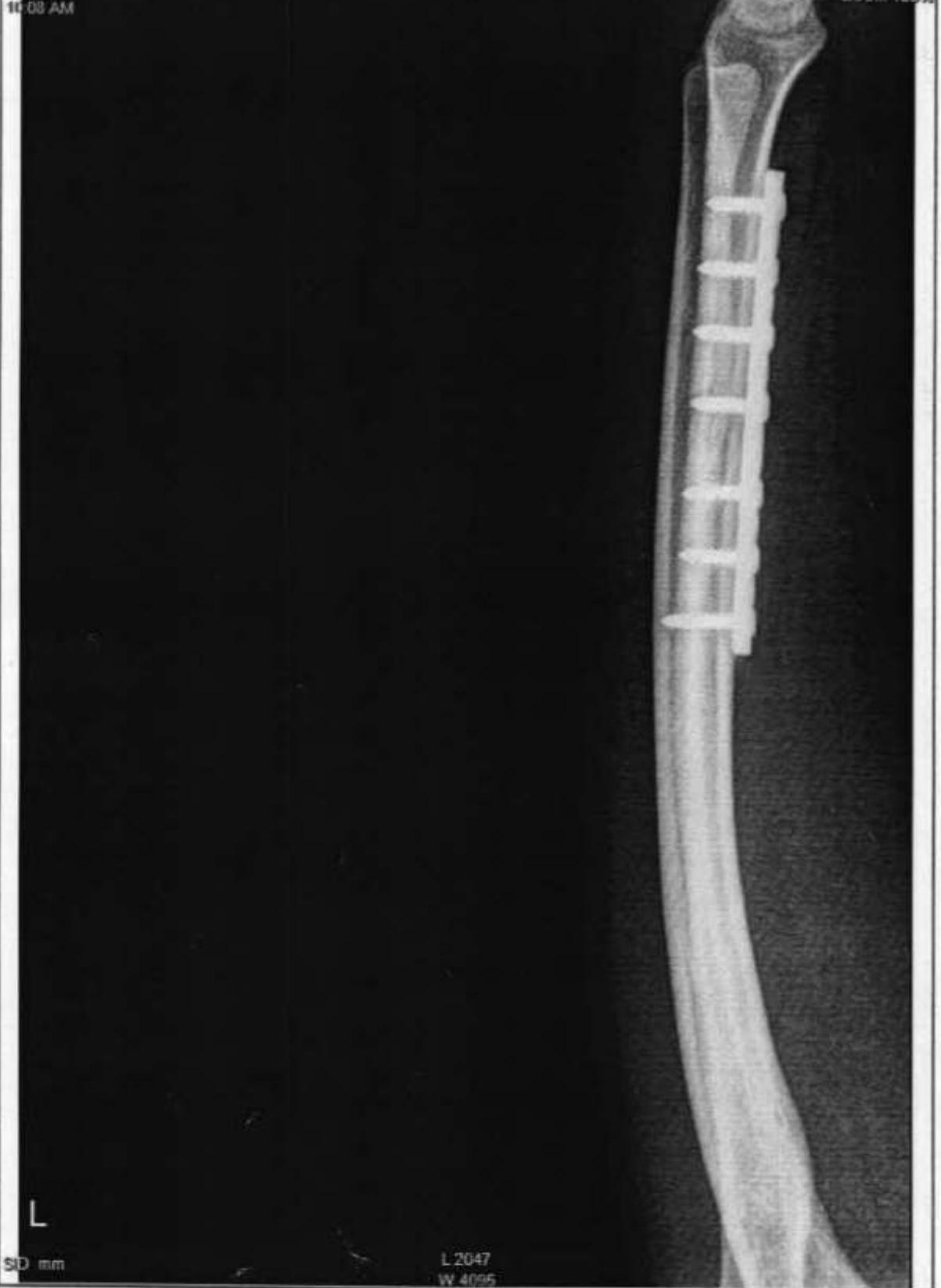
7/6/1993 M

Antebraço E

9/7/2018

10:08 AM

Initial Hospital Name
Operator eleva
IV - m/s
UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.25x2.58 eq:1 nr:0 dc:3.0
Zoom 100%



SD mm

L:2047
W 4095

26 DEZ 2018

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
18/09/2018	Sto Proposto.	Sto			
19/09/2018	Sto Proposto.	Sto			
25/09/2018	Sto Proposto.	Sto			
26/09/2018	Sto Proposto.	Sto			
22/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
23/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
10/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
11/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
17/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
18/10/2018	Sto Proposto.	Sto			
05/11/2018	Sto Proposto.	Sto			
06/11/2018	Sto Proposto.	Sto			
12/11/18	Sto Proposto.	Sto			
13/11/18	Sto Proposto.	Sto			
20/11/18	Sto Proposto.	Sto			
26/11/18	Sto Proposto.	Sto			
01/12/18	Sto Proposto.	Sto			
03/12/18	Sto Proposto.	Sto			
04/12/18	Sto Proposto.	Sto			
11/12/18	Sto Proposto.	Sto			

26 DEZ 2018



Prefeitura Municipal
São José da Lagoa Tapada

Secretaria de Saúde

Fisioterapia

Posto de Saúde
Unidade Mista Cacilda Braga

NUF: 898 0023 5386 8181. DNI: 040411998

Nome: Gelson Nunes de Souza

Endereço: Jd. Caixão

AGENTE DE SAÚDE: Josévino

DATA: 18/10/2018

26 DEZ 2018



SAMU
192

INSTITUTO MUNICIPAL DE SAÚDE



SÃO JOSÉ
DA LAGOA TAPADA

Alérgico a dipirona

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: 15/08/18	Ocorrência n.º 10071	Paciente / Usuário: <i>Guilherme Nunes de Souza</i>	Idade: 20	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <i>Beira Mar</i>		Bairro:	Médico Regulador	
Aprox. 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"/> Drogas
<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 Infeccio-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 (PRINCIPIOS SINTOMAS / QUEIXAS)

Edema motex animal

Agitação Alergia Ausência de Pulo (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: 36.5 GLICEMA: 120 E. Coma: 1

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 Expectorção Hemoptise Hálito Etílico Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros: _____

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 261342 CNPJ/CPF: 06.779.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MAMÔEZ GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA 8, GATO PRETO N° 433 CEP: 58.802.160,
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA/PI

PACIENTE: WILSON ALVES SOUSA
SUS: 28.000.323-3 IDADE: 30 SEXO: M RACIA: BRANCA
DATA NASC: 1983-01-10 PROFISSÃO: ESTUDANTE
ENDERECO: AV. 24 DE MARÇO, Bairro: Centro, Município: Rio de Janeiro, Estado: RJ, CEP: 20440-005
DOCUMENTO: RG: 24.244.075
DATA DO ATENDIMENTO: 2018-12-12 COD. MUNICÍPIO: 00000000000000000000000000000000
CONTATO (A): Mae
Acompanhante:
ACOMPAHANTES DO EXAME: WILSON ALVES SOUSA

RESUMO DO EXAME: Exame de sangue para hemograma

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01- ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERG
- 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- 04- ATENDIMENTO DE JUSTIÇA (PERÍODO DE PREGONAMENTO, VACINAÇÃO)
- 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- 06- VACINAÇÃO DE BLOCO/OUTRAS VACINAÇÕES PARTICULARES
- 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- 08- PRIMEIRA CONSULTA/ANALOGIA TÉCNICA PARA OUTRA UNIDA
- 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM ANEXO/CONSULTA OUTRA UNIDA

ESPECIAÇÃO:

ESPECIAÇÃO: Hematologia

01- PRESCREVER VACINAÇÃO 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
04- ATENDIMENTO DE JUSTIÇA (PERÍODO DE PREGONAMENTO, VACINAÇÃO)
05- VACINAÇÃO DE ROTINA
06- VACINAÇÃO DE BLOCO/OUTRAS VACINAÇÕES PARTICULARES
07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
08- PRIMEIRA CONSULTA/ANALOGIA TÉCNICA PARA OUTRA UNIDA
09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM ANEXO/CONSULTA OUTRA UNIDA

CÓDIGO PROCEDIMENTO/CBO:

IDADE: 30

SERVÍCIO REALIZADO:

RESULTADO: Normal

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS:

EXAMES: hemograma

DATA: 2018-12-12 HORA: 14:00 RESULTADOS: Normal

DATA: 2018-12-12 HORA: 14:00 RESULTADOS: Normal

MATERIAIS - MÉDICAMENTOS OUTROS RECLSES:

MATERIAIS: Normal

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARRIMBO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARRIMBO: WILSON ALVES SOUSA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: WILSON ALVES SOUSA

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA:
CONSULTA BÁSICA (PAS):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

26 DEZ 2018

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

2018-01-01

12/12/17

Fix Enviado e Recebido
2018-01-01

Fix Enviado e Recebido
2018-01-01

Fix Enviado e Recebido
2018-01-01

Facundo de Lira
Médico
CRM-PB 3033

2018-01-01

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

26 DEZ. 2018



MAT.: 130712

Nome: Geisom Nunes de Souza Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 09/03/98 Est. Civil: _____ Resp.: Geraldo Batista de Souza
Rua: Sítio Pilões Cidade: S. B. Tapada Est.: PD
Médico Assistente: Dr. Clínica: Cirúrgica
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE: Dificuldade no articulo esquerdo.

Queixa Principal: Dif. Dificuldade no articulo (E) + Gelo.

História da Doença Atual: Ponto sobre ombro de motociclista
perto de S. J. do Rio Preto, quando colidiu com
muro.

EXAME FÍSICO:

- dor
- edema
- D. J. frouxo
- Ponto doloroso e no
articulo esquerdo

DIAGNÓSTICO: Fratura do articulo esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGA
CRM-PB 2054 CRM-RN 4228
TELEF: 98-3211-4054 AN-52654



Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SORR

HOSPITAL REGIONAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ESTADO DA PARÁ
HOSPITAL REGIONAL DE SOUZA DE M. GONÇALVES DE ABRAHÃO

Name: Editha V. Lewis Idade: 25 Cor: Br Enfermaria: 10 Leito: 10 Categoria: 1

RELATÓRIO			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	
29/08/2018	<p>1) <u>Anti-inflamatórios</u></p> <p>2) <u>SPZ 94 - 1.000mg. IV. 24h</u></p> <p>3) <u>esbolotrina - 0,5g. IV. 6/16h</u></p> <p>4) <u>Thioguan. 100mg. IV. 8/18h. (50)</u></p> <p>5) <u>Urinotran. IV. 8/18h. (50)</u></p> <p>6) <u>Amoxi. 600mg. IV. 8/18h. (50)</u></p>	<p>21/08/18</p> <p>21/08/18</p> <p>21/08/18</p> <p>21/08/18</p> <p>21/08/18</p> <p>21/08/18</p>	
			<p>Dennis Prochka CRM 7054</p> <p>Alcântara & Oliveira, Thiago & Octávio</p>
			<p>15/08/2018</p> <p>15/08/2018</p>

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA

20180HS-01-0301

1/4/1998 M

Ombro

12/15/2018

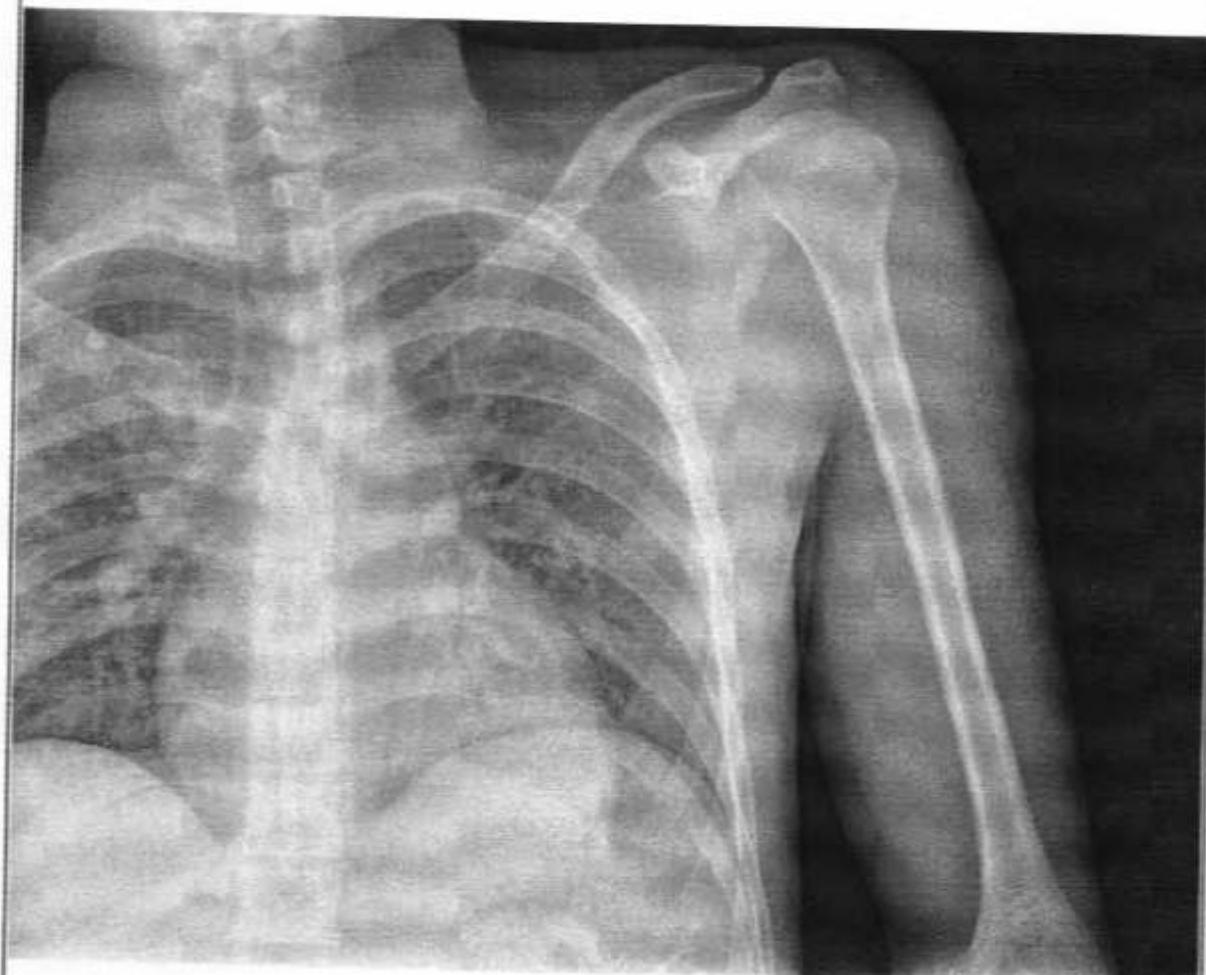
7:39 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nn:0 dc:2.5...
Zoom 100%



800 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON WILHES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/1/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

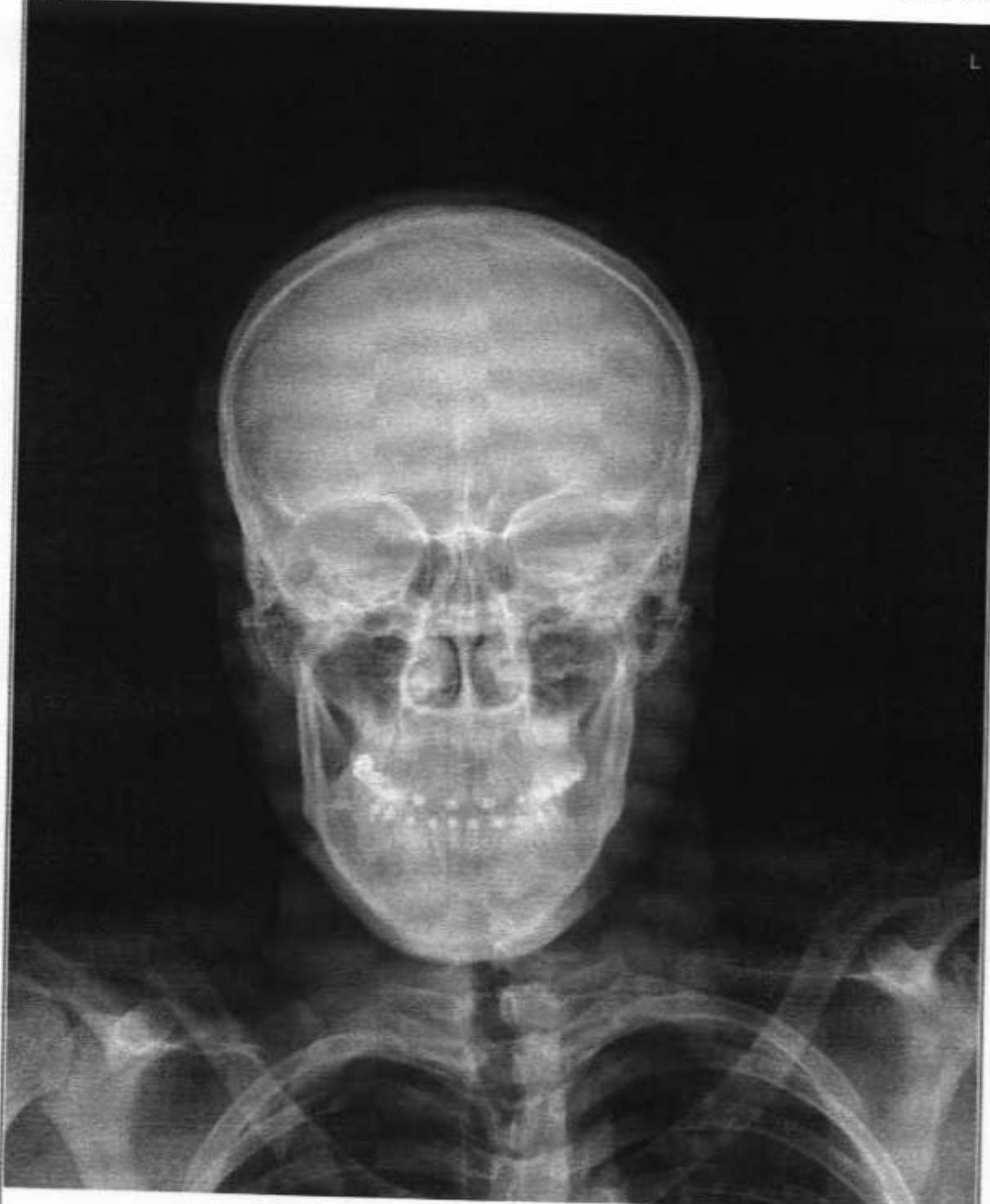
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L40 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

Not intended for official interpretation.

GEISON RUISES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1938 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom: 100%



800 mm

L 2947

W 4025

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON NUHES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/15/1998 M

Antebraço E

9/15/2018

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE S 200 L4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.68 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



500 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

74/1900 M

Antebraço E

0/15/2018

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 do:3.3

Zoom: 1.00%



580 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON NIUNES DE SOUSA

20130815-01-0001

RM1930 M L

Antebraço E

W162000

742 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: 5.200 L4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom 100%



580 mm

L 2047

W 4096

26 DEZ. 2018

Nome do Paciente

Eugenio Nunes de Souza

Nº Prontuário

132 323

Data Operação

03/01/2019

Enf.

Leito

Operador

Denis Rocha

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Júnior Júnior

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

(escoliose),
Mistura do orofaringe esquerda

Tipo de Operação

Ressecção de pleura e parafimor.

Diagnóstico Pós Operatório

Mistura do orofaringe esquerda (escoliose)

Relatório Imediato do Patologista

100

Exame Radiológico no Ato

100

Acidente Durante a Operação

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM/PB 7054 CRM/RN 4228

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Aberto em dorso do paciente, nos ambas.
 Aperto - perfurado. Cervical e paravertebral. Perna.
 Ressecção de pleura e parafimor. Sua extensão.
 Perno. Ressecção de pleura e parafimor. Sua extensão.
 Perno.

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM/PB 7054 CRM/RN 4228



Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome: Genovez Nunes

Idade: _____

Cor: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Categoria: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

HORÁRIO

RELATÓRIO

03/04/2019

11:00

Manoel Gonçalves de Abrantes

1) Brinde, Dr. Manoel Gonçalves de Abrantes
 2) Dr. Décio Ribeiro - Enfermeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 3) Adelmir Lima - Dr. Ribeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 4) Manoel Gonçalves de Abrantes - Enfermeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 5) Edson Oliveira - Dr. Ribeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 6) Manoel Gonçalves de Abrantes - Enfermeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 7) Genovez Nunes

Dr. Décio Ribeiro
 MEDICO
 CRM-PB 1064 CRM-PI 4226

Dr. Décio Ribeiro
 MEDICO
 CRM-PB 1064 CRM-PI 4226

Genovez Nunes

04/04/2019

→

1) Manoel Gonçalves de Abrantes
 2) Dr. Décio Ribeiro - Enfermeiro - 09:30 - 16:00 - 09:10 - 14:00 - 08:00
 3) Genovez Nunes

Genovez Nunes

MAT.: 132.323

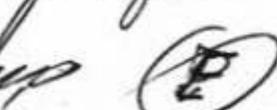
Nome: Geison Nunes de Souza Bloco: _____ Apt.º: _____
D.N.: 06/07/98 Est. Civil: S Resp.: Geraldo Batista de Souza eito: _____
Rua: Sítio Baúez Cidade: S. L. Japade PB
Médico Assistente: Dr. Denis Clinica: Cirúrgica
Data da Internação: 02/01/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A. _____

ANAMNESE: Marca em antebraço esquerdo.

Sintoma Principal: Pr. luis lados de antebraço feio.

História da Doença Atual: Parte com relato de luis
dor em antebraço esquerdo.

EXAME FÍSICO: Pr. luis lados
Pr. fêmur luis
esterno lados

DIAGNÓSTICO: Rotinaria de placas, sartório luis
Dr. Denis 

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM/PB 7054 CRM/RN 4228

Not intended for official interpretation.

GEISON DUMES

20190103014008

7/4/1998 M

Anterior E

1/3/2019

9:30 PM

Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

mm:do:3,3

Zoom 100%

UNIQUE: S200 L4 0 SWL d 1,1g 2.72 ab 2.60 nc



Not intended for official interpretation.

GEISON JUNIOR
20190103-0140036
7/4/1998 M
Antebraço E
1/3/2019
9:30 PM

Original Hospital Name
Open for eleva
- V, - mAs
nrl dc3,3...
Zoom 100%



510 mm

12047
W407

Not intended for official interpretation.



50 mm

L7777
W405

Not intended for official interpretation.

GEISON JUNES DE SOUSA

20181214-13212

THURSDAY

Page F

Page E
12547204

12/14/2013
10:33 AM

1. **First and Middle Name**

Open for review

1 V = mA

卷之三

100%
100%

SD mm

Atendendo a deputada

Senadora

Caracterização do atendimento:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613473591 CEP: 06.778.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ARENTES
ENDERECO: RUA JOSÉ FERGUNDO DE LIRA B, GATO PRETO N° 433 CEP: 58.802-180.

MUNICIPIO: SOUSA ESTADO: PARABAUPEB

PACIENTE: WILSON ALVES SOUSA
SUS: 08237370000000000000000000000000 IDADE: 50 SÉXO: M RACIA: BRASILEIRO
DATA NASC: 1965-01-01 PROFISSÃO: funcionário
ENDERECO: AV. 10 DE JULHO MUNICÍPIO: SOUSA
BAIRRO: SOUSA ESTADO: PI DOCUMENTO: RE 4-274.015
ZONA DO ATENDIMENTO: SOUSA COD. MUNICÍPIO: 50080
CONTATO: 50080-000 Mae: Maé
Acompanhante:
BIMBIOS DA MÃE: 0 NÚMERO ACOMPANHANTE: 0
BIMBIOS DA MÃE: 0 NÚMERO ACOMPANHANTE: 0

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG.
- 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / ATENDIMENTO CARAVELA - VACINA
- 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUTTO OU SUTTO/REPETICAO)
- 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PESQUISA/EXAME
- 09- CONSULTA DE SUSPEIÇÃO COM REFERÊNCIA PESQUISA/EXAME

CLASSIFICAÇÃO:

SUSCRITIVO / NÃO SUSCRITIVO

01- PRESENTE / 02- FERIADO / 03- IDÉNCIA / 04- VACINA / 05- OUTRO HOSPITAL / 06- EMBARQUE / 07- FERIADOS

SERVICOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO/COB

IDADE

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

RESULTADOS

AVANÇO: Alívio MELHORIA: Ótimo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. 0,3% / 1000 ml 2. 0,3% / 1000 ml 3. 0,3% / 1000 ml 4. 0,3% / 1000 ml

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) WILSON ALVES SOUSA WILSON ALVES SOUSA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

WILSON ALVES SOUSA

POLEGAR DIREITO

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

21/10/18

10/10/18

10/10/18

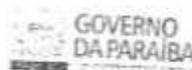
10/10/18

10/10/18

10/10/18

10/10/18

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



21 NOV. 2018



MAT.: 130712

Nome: Gleison Nunes de Souza Bloco: _____ Apt.": _____ Leito: _____
D.N.: 09/03/98 Est. Civil: _____ Resp.: Geraldo Batista de Souza _____
Rua: Sítio Pilões Cidade: São B. Tapada Est.: _____
Médico Assistente: Dr. Clinica: Cirúrgica _____
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Dificuldade no artelito esquerdo.

Queixa Principal:

Dif. Dificuldade no artelito (E) + edema.

História da Doença Atual:

Painel sobre oitavo de outubro
queimado de S. J. após fajado, quando colidiu com
pavimental.

EXAME FÍSICO:

Exame
- edema
- D.I. parcial
- grande deformidade no
outro lado esquerdo

DIAGNÓSTICO:

Jurite do artelito esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-B 1064 COMLEN #228
TELEF: 9872-40-57654

Nome do Paciente

Gejau Niver de Saix

130712

Data Operação

24/08/2018

Enf.

Leito

Operador

Denis Ribeiro

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Juguliz Juviz

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Febre do Recém-nascido segundo

Tipo de Operação

Ortomítrice do pulmão (fixação óssea).

Diagnóstico Pós Operatório

Fixação da fixação óssea.

Relatório Imediato do Patologista

PNA

Exame Radiológico no Ato

MRC

Acidente Durante a Operação

MRC

Dr. Denis Ribeiro Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228
TEC07-98114052654
AO-52-654

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Pará de São João do Sabugi. Fazendo a incisão
transversal. Cercar o pulmão. Fazendo a artéria
azulada. Fazendo a artéria. Fazendo a artéria.
e para SEP + 07 mmf. Fazendo a artéria. Fazendo
por falso. Fazendo a artéria.

Dr. Denis Ribeiro Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228
TEC07-98114052654
AO-52-654



Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: <u>Géhem Lima</u>		Idade: <u>17</u>	Cor: <u></u>	Enteiramente: <u></u>	Categoria: <u></u>	Leito: <u></u>
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		RELATÓRIO		
DATA	<u>14/10/2018</u>	<u>10h 00m</u>		<u>Assunto: Operação. Atto. Cura</u>		
<p>1) Vér. Pneu. Gas. Motociclo 2) Sra. 94 - I. Gasup. IV. 246 3) exodontia - 2.º d. N. 6164. 4) Sra. 100. IV. 8184. 57 5) Unidade. IV. 8184. 57 6) Unidade. IV. 8184. 57 7) Unidade.</p> <p>Dennis Pochi CRM 7054</p> <p>→ <u>Alentado à Diadona,</u> <u>tratado e obtuso</u></p> <p>Dennis Pochi CRM 7054</p> <p>15/10/2018</p> <p>11/10/2018</p>						

21 NOV. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON WUHES 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 do:2.5...
Zoom 100%



500 mm

L 2047
W 4096

Not intended for official interpretation.

GEISON WUNES DE SOUSA
20180815-01-0001
7/4/1998 M
Rolina 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%



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
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:9 dc:3.3...
Zoom 100%



500 mm

L 2047
W 4095

21 NOV. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON NIUNES 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: S200 L4.0 SWL d:1.1 g:2.72 ob:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...
Zoom: 100%



510 mm

L 2047
W 4095

21 NOV. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON NUÑES DE SOUSA

20180819-01-0001

ZH2201 M L

Antebraço E

07/08/2018

7-42-A-1

Initial Hospital Name

Operator user

- kV - mAs

UNIGE-S200 L4.0 SWL d:1.1g:2.72 st:2.58 eq:1 nn:0 dc:3.3

Zoom: 100%



500 mm

L 2047

W 4096

21 NOV. 2018

Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/15/1998 M

Anitrapo E

8/15/2018

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV - mAs

UNIQUE S 200 L4.0 SWL d:1.1g:2.7z sb:2.58 eq:1 nr:0 do:3.3

Zoom 100%



510 mm

L 2047

W 4096

21 NOV. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Mercedes Nunes Sousa,

RG n° 2114268, data de expedição 28/07/94, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF n° 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 511, 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 5453 / PB

Chassi: 9C2JC30708R788116

Data do Acidente: 15/08/2018

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

CARTÓRIO
ÚNICO

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)

CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB
Rue Antônio Ferreira, nº 1 - Centro - CEP: 58081-000 - Fone: (83) 3324-6892
Órgão Titular: Cláudio Antônio Marques de Sousa

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Maria das Mercedes Nunes Sousa
Data: 20/11/2018
Assinante: Maria das Mercedes Nunes Sousa
Selo Digital: AH1605344412
Consulta a autenticidade em: www.tjpb.jus.br/certificado
Emo: R\$0,48 ISS R\$0,47 Farpen R\$0,18 MP R\$0,16 Fazenda
Data: 20/11/2018

União - CEP 58181-000
Av. Antônio Ferreira, 1 - Centro - São José da Lagoa Tapada - PB
Fone: (83) 3324-6892
Site: www.tjpb.jus.br

21 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Geison Nunes de 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua José Facundes de Lira</u>		Número	51-N	Complemento	— - —
Bairro	<u>Gato Picto</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	Estado	PE	CEP
Email	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 9.8181.8197</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 9.9919-4307</u>	

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

21 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSP DS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, 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>José Facundes de Lira</u>
Número	<u>5 N</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>verasdpri@uolmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

21 NOV 2018

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIMA, 574 - CATO PRETO
SOUZA / PB / CEP: 58020-040 / TEL: (83) 3212-1211

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	04/10/2018	05/11/2018	992.613.164-08

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias		
Data	Leritura	Data	Leritura					
24/03/19	5934	04/07/19	6424		PPB	35		
Demonstrativo								
01 Descrição	Consumo Total:	Velh. Estat. Calc. Alt. Unid/RS Base/RS Pef/RS. Cálculo/RS						
021 Consumo em kWh	588.000 1.80223	553.20	588.20	25	139.25	589.20	0.71	17.12
031 Adic. E. Vermelha	49.25	49.25	25	12.05	48.25	0.32	1.49	
ENCARGOS E SERVIÇOS								
037 CONTRIBUIÇÃO MUNICIPAL	27.74	3.30	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
034 JUROS DE MORA 06/2018	7.40	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
035 MULTA 28/2018	12.89	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
031 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018	8.10	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

CCO - Clube de Classificação sistem. TOT4 264,28 801,58 160,29 801,28 4,28 18,89
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

ESTADO: RIO DE JANEIRO
Cidade: RIO DE JANEIRO
Data: 11/10/2018
Consumo (kWh): 373
Valor: R\$ 664,28

1bfd46b2f86833d16074e470afc9a708

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade	2016	2017	2018	2019
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Desempenho	Valor (R\$)
DE MÍNIMA	12,70	12,70	12,70	12,70
DE TRIMESTRAL	12,70	12,70	12,70	12,70
DE ANUAL	14,80	14,80	14,80	14,80
PERMANÊNCIA	0,00	0,00	0,00	0,00
PER TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00	0,00
PER ANUAL	0,00	0,00	0,00	0,00
TIRE	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO

卷之三

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não houver ato de reembolso da permanecendo em stress, o vencimento poderá ser suspenso a partir de 19/10/2019. Confirme a Resolução 14 da ANEEL. O pagamento após essa data só é válido se a devida suspensão do fornecimento não é realizada. O mesmo não será considerado como pagamento não efetuado na hipótese de consumidor permanecer em stress, estando o pagamento da fatura feito, como, por exemplo, quando a mesma é paga via Pix.

Set/18 631.24

21 NOV 2018

PARAÍBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
Ribeiro, 1 - 177-10-1720 11/10/2018 R\$ 664,28
Matrícula 59612-2018-10-6
83650000008-9 64260054000-6 06961322018-010900172030-6



SAMU
192

QUADRANTES DO ATENDIMENTO



SÃO JOSÉ

Alérgico a dipirona

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>Gezom Nunes de Souza</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Beira Vista</u>		Bairro:		Médico Regulador
Apresentou 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 Terciários <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

- TIPO DE AGRADO

<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"/> Drogas
<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 (PRINCÍPIOS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colônio 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. Com: _____

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo Estranho Brinco-aspiração Edema de glote Obs.: _____

- VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Rítmo 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 Rígidez Midriase

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento Hemorragia vaginal Normal _____ semanas Trabalho de parto Outros: _____

6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

- DIAGNÓSTICOS

- PROCEDIMENTOS

Desobstrução vias aéreas Intubação Naso / Orotáqueal Cânula Orofaringea Cricotireidostomia Ventilação mecânica (manual - "AMBU")
 Respirador Inalação de Oxigênio (02) Drenagem torácica Massagem cardíaca externa Desfibrilação / Cardioversão Controle de hemorragia
 Curativo Punção venosa Sonda gástrica Sonda vesical Sedação Imobilização de membros Colar cervical Tala / Tração
 Orotáqueal Outros: _____

ENCAMINHAMENTO

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

AVS 15 foi encaminhado para atendimento de trauma de pele, G1, G2, G3, de 2000g, sexo, doente, vítima de colisão motorizada, consciente, orientado, encaminhado em decúbito lateral suspeito de fratura, no antibiótico suspeito, prazo curto - centro na região da suspeita e suspeita. SSU: 1.79, 12x80, F: 81, SP: 297. Sob regulagem médica foi realizado proteção da ART e AVP com ST, encaminhado ao HRS e retornando 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 cabeceira (cabeça)

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: João Batista

CRM: _____

MAT.: _____

ENFERMEIRO (A): Entipa Forniga

COREN: 501523

MAT.: _____

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.: Nadja

COREN: _____

MAT.: _____

CONDUTOR: Júnior

MAT.: _____

energisa
ENERGIA PARA O DESVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
Av. 25 - Centro Administrativo - São Paulo - SP - CEP 06710-140
CNPJ 00.000.000/0001-49 | Fone/Fax: (11) 5000-5000
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica: NFE07201423
Cód. conta DAE Automatizada: 000077930000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Maio / 2018	30/05/2018	29/06/2018	5187021460 Insc. Est.

INC (Unidade Consumidora): 5/778208-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Le nº 10.420, de 26 de abril de 2002. Baixe o aplicativo Energisa On em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segurança via da conta, mudanças de endereço, informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços.

Média Últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
07/06/2018 **TOTAL A PAGAR**
R\$ 46,97

Média Últimos meses (kWh) VENCIMENTO 07/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 46,97

Histórico de Consumo (kwh)

95 | 95 | 84 | 87 | 82 | 83 | 82 | 81 | 86 | 26 | 100 | 82

ISBN 978-3-11-04562-4 eISBN 978-3-11-04562-4

3/2016 - São Góspio				
Indicadores de Qualidade				
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DE MENSAL			NOMINAL	220
DICTRIMESTRAL	24,71	0,65		
DICANUAL	49,42			
FIGANUAL	1,92	0,01	CONTRATADA	202
FIGTRIMESTRAL	15,94		LIMITE INFERIOR	202
FIGANUAL	31,26		LIMITE SUPERIOR	231
DMC	6,75	0,00		
DGR	14,85			
Total				48,87
Valor (%)				100,00
Fonte: EUSC - Ref. 3/2016/41 - 14				

ATENÇÃO

Faturas em atraso

21 NOV. 2018

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

Grison 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 9919-1307

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

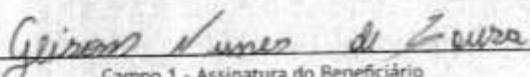
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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 Lider 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


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, escrivã(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?** não
- 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 Merces 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 citado, 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, escrivã(o) que digitei.

Geison Nunes de Sousa
Comunicante
OSKARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-DOC
NAT 00573641

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	CPF titular da conta	Profissão
Geison Nunes de Sousa	127.361.484-44	Recluso
Endereço	Número	Complemento
Sítio Caibroz	511	
Bairro	Cidade	Estado
Área Rural	São José da Lagoa Tapada	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Verasdpyrata@hotmail.com	58815000	(43) 9.9919-4307

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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
0558		64852	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	Nº

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
(Informar dígito se existir)		(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 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

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),

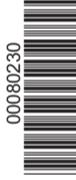
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

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 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



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



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: 00000064852-0

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: Recurso
Endereço: Sítio Caibroz 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 as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar, podendo estabelecer 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

Geison Nunes de Sousa

v

Sousa/PB, 20/11/2018

Local e data



Geison Nunes de Sousa
Assinatura do Outorgante

21 NOV. 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/08/2018

Titular do CPF: GEISOM NUNES DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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

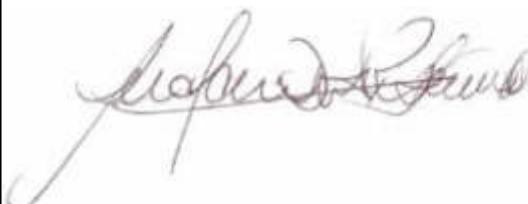
Grupo: EQ1

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

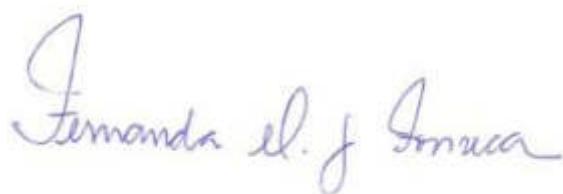
Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS

DETTRAN - PB	Nº 9669613987
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	2012/2013/2014/2015/2016/2017
VIA	000/000/000/000/000/000/000
12182425	00/00000000
05187021460	2012
NOME	
MARIA DAS MERCEDES NUNES SOUSA	

DETRAN-PB

CNTRRN 0 16/03/2012 11436 40665 21 NOV. 2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIAT. TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 9669613987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012
PLACA MNUS4511/PB
CPF/CNPJ 05187021460

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012
PLACA MNUS4511/PB
CPF/CNPJ 05187021460

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

11436-0957408-20120316

PLACA MNUS4511/PB	CHASSI 9C2JJC30708R788116	EXERCÍCIO 2008	ANO FAB. 2008	ANO MODELO 2008	PREÇO TOTAL R\$ 1.000,00	PREÇO IPVA R\$ 0,00	PREÇO PARC. R\$ 0,00	PREÇO DE PAGAMENTO R\$ 0,00	DATA DE PAGAMENTO 08/03/2012
COMBUSTÍVEL GASOLINA		CATEGORIA CINZA		VENC. COTA ÚNICA 1 ^a		VENC. COTA ÚNICA 2 ^a		VENC. COTA ÚNICA 3 ^a	
PAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC		PARTIC.		PARCELAMENTO / COTAS		PARCELAMENTO / COTAS		PARCELAMENTO / COTAS	
HONDA/CG 125 FAN		2 P/124 /C1		00/00/0000		00/00/0000		00/00/0000	
IPVA ISENTO		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A	
PREMIO TARIIFARIO (R\$)		0		0		0		0	
SEGURADO SERVIÇOS		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A		PAGA 1 ^a /A	
REST. BEN.TRIBUTARIO		0		0		0		0	

CNTRRN 0 16/03/2012 11436 40665 21 NOV. 2018

S. J. LAGOA - TAPERA - PB