



Número: **0801559-21.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.560,16**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEISOM NUNES DE SOUSA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37980 686	17/12/2020 14:33	Petição	Petição
37980 689	17/12/2020 14:33	2735050_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
37980 690	17/12/2020 14:33	2735050_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

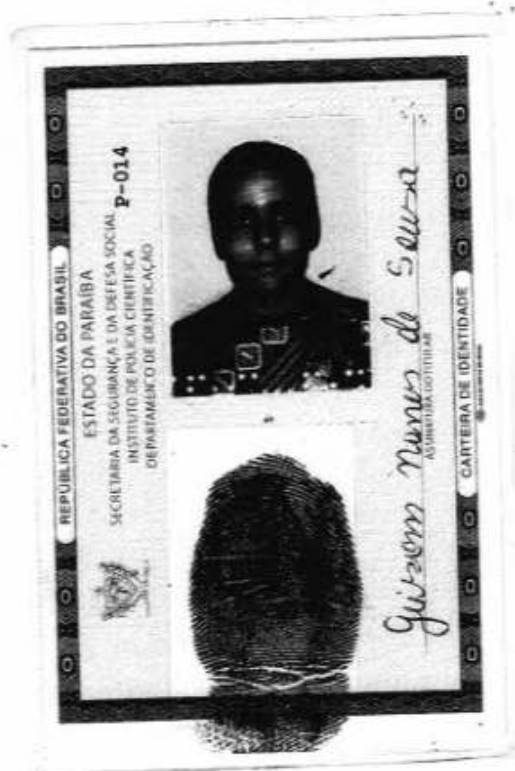
EM ANEXO





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 MERCÊDES NUNES DE SOUSA
NATURALIDADE	SOUSA-PB
DATA DE NASCIMENTO	04/07/1998
DOC ORIGEM	NASC. N. 8917 FLS. 278 LIV. 8
	CARTORIO SÃO J. L. TAPADA-PB
	127.361.484-44
LEI Nº 7.116 DE 26/06/83	

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
CREBIO 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, 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.



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATUR
18/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
19/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
25/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
26/09/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
02/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
03/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
10/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
11/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
17/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
18/10/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
05/11/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
06/11/2018	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
12/11/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
13/11/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
20/11/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
26/11/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
29/11/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
03/12/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
04/12/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			
11/12/18	Itô Proposta.	<i>[Signature]</i>			

26 DEZ 2018





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

Nome: Gilson Nunes de Sousa

Endereço: R. Calheiros.

Agente de Saúde: João Paulo.

Data: 18/09/2018

26 DEZ 2018





**SAMU
192**

Atendimento a dipirona



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>15/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Geizon Nunes de Sousa</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Bea Vista</u>	Bairro: _____	Médico Regulador: _____		
Após 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.E. (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)

Edição 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. Cora: _____

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

☐ Creptação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito Etilico ☐ Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

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

GRF - Código 1362

8705.VOM / S

26 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO
Secretária de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Exames de laboratório

Exames de laboratório e físico

Exames físicos

Exames físicos

Exames físicos

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
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: Geisom Nunes de Jesus Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04 / 03 / 98 Est. Civil: Resp.: Geraldo Batista de Jesus
Rua: Sítio Quilos Cidade: S. J. B. Tapada Est.: PB
Médico Assistente: Dr. Clínica: Cirúrgica
Data da Internação: 23 / 08 / 2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Depressão no artério esquerdo.

Queixa Principal: Dificuldade no artério (E) + circulação.

História da Doença Atual: Paciente sofreu acidente de trânsito
causado por S.J. após colisão, quando colidiu com
um muro.

EXAME FÍSICO:

Dr.
Edmundo
Dr. J. J. J. J.
Paciente depressivo no
artério esquerdo

DIAGNÓSTICO: Paciente de artério esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10014 CRM-RN 4228
TDDT-2007 AD-5.2654

26 DEZ. 2018





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SO...

PRESCRIÇÃO MÉDICA,

Nome: Fabian Vunzi Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

[illegible]

Executive Summary

26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA

20180115-01-0001

7/11/1998 M

Ombro

02/12/2018

7:39 AM

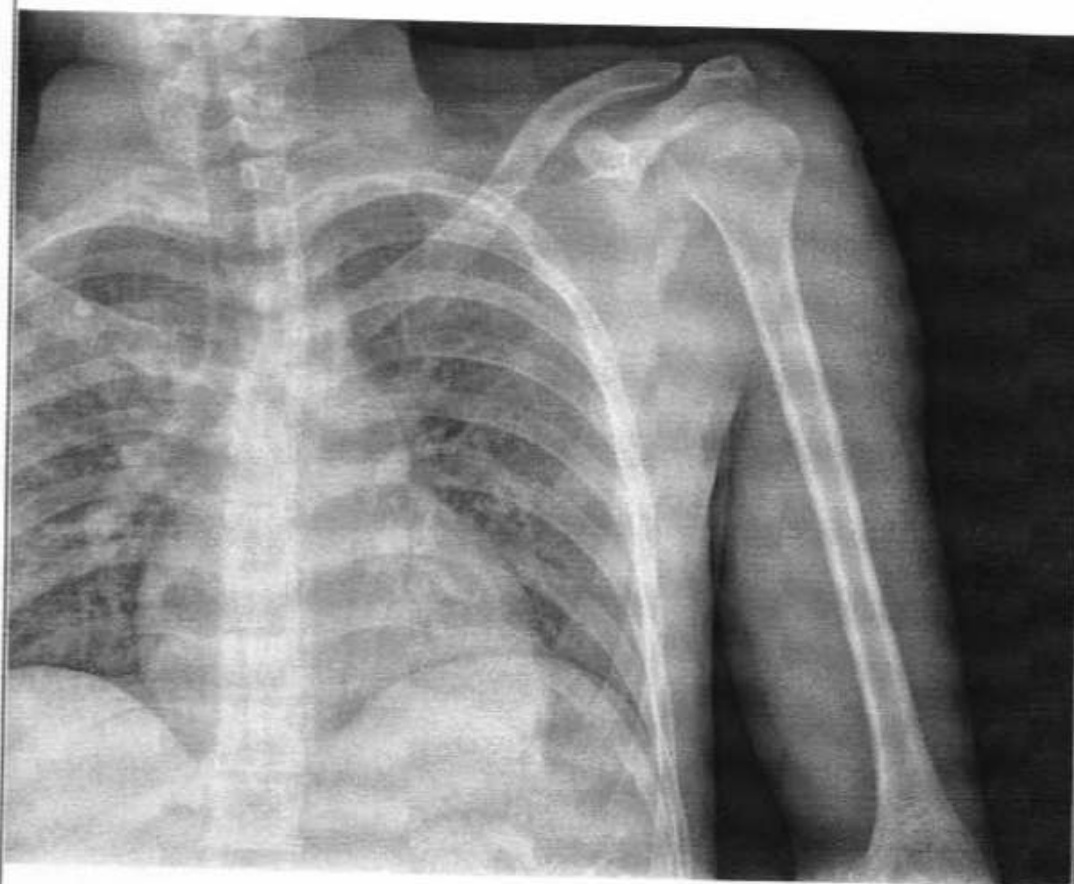
Initial Hospital Name

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%



583 mm

L 2047
W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Not intended for official interpretation.

GEISON WUDES 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%



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.

GEISON WUYES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1988 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.



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Hospital		HRS	
Nome do Paciente		Geiziane Nunes de Jesus	
Data Operação		Nº Prontuário	
23/01/2019		132 323	
Enf.	Leito		
Operador	1.º Auxiliar		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Anestesista	Instrumentador		
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório			
(constituido) Músculo do antebraço esquerdo			
Tipo de Operação			
Redução de fratura e protese.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Músculo do antebraço esquerdo (constituido)			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
Dr. Denis Rocha			
MÉDICO			
CRM-PB 7054 CRM-MG 4228			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
<p>Aberto ao ponto de acesso, nos ossos.</p> <p>Após - sutura. Cefal. e punção.</p> <p>Redução de fratura e protese.</p> <p>Ponto de sutura por fratura - punção.</p> <p>Dr. Denis Rocha</p> <p>MÉDICO</p> <p>CRM-PB 7054 CRM-MG 4228</p>

11 ABR. 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Celma Nogueira

Idade: _____

Cor: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Categoria: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

03/01/2019

1) Dor de dente no maxilar superior.

2) Dor de dente no maxilar inferior.

3) Dor de dente no maxilar inferior.

4) Dor de dente no maxilar inferior.

5) Dor de dente no maxilar inferior.

6) Dor de dente no maxilar inferior.

7) Dor de dente no maxilar inferior.

Dr. Dentista Rocha
MÉDICO
GRUPO 1054 CRIMINAL 4228

04/01/2019

1) Audição

6) Alívio da dor de dente

Dr. Dentista Rocha
MÉDICO
GRUPO 1054 CRIMINAL 4228

11 ABR. 2019

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 Baibes Cidade: S.J. do Tapadão PB
Médico Assistente: Dr. Denis Clínica: Cirúrgica
Data da Internação: 02/04/2019 Peso: Temperatura: P.A.

ANAMNESE: Início em artrose quadril.

Queixa Principal: Dor no local de artrose quadril.

História da Doença Atual: Dor com início de início
dor no artrose quadril.

EXAME FÍSICO: Dor no local
Def. funcional no
edema local

DIAGNÓSTICO: Artrose de quadril esquerdo

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM-PB 7084 CRM-MN 4228

11 ABR. 2019



Not intended for official interpretation.

GEISON RUIES

20190108010008

7/4/1998 M

Anelbrasil E

1/3/2019

9:30 PM

Initial Hospital Name

Operator Name

CV, - mAs

nr: dc:3.3...

Zoom 100%

UNIQUE: S200 L4 0 SWL d 1,1 g 2.72 sb 2.60 ec 1



11 ABR. 2019



Not intended for official interpretation.

GEISON JUIRES
20190105011E-0036
7/4/1998 M
Aratirã E
1/3/2019
9:30 PM

UNIQUE: S300 L4 D SWL d:1,1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:1
Initial Hospital Name
Operator Name
V. - mAs
dc:3.3
Zoom 100%



11 ABR. 2019



Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.



11 ABR. 2019



União a Depressão
SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613ATENUSJCP: 06.779.267.0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FAGUNDO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.180.
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF-PB

PACIENTE: WILSON MARCOS DA SILVA
SUS: 208.009.338.018 IDADE: 44 SEXO: M RAÇA: BRANCO
DATA NASC: 04/07/74 PROFISSÃO: TRABALHADOR
ENDEREÇO: RUA DA CRUZ
BAIRRO: PARQUE MUNICÍPIO: SOUSA DOCUMENTO: RG 4.274.075
ESTADO: PB DATA DO ATENDIMENTO: 15/08/18 COD. MUNICIPAL: 000
CONTATO: 11 9888-8888

Atendimento:
ANAMNESE DO PACIENTE PRINCIPAL:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

1. Exame de urina Normal

2. Exame de sangue Normal

3. Exame de fezes Normal

4. Exame de imagem Normal

Caracterização do Atendimento:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Tipo de Atendimento:
☒ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (EMERG)
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE JORNADA EMERGÊNCIA (ELETIVA)
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUJETO OU BEM-ESTAR PARTICULARES)
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS

CODIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) DE SAÚDE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR

21 NOV. 2018

GOVERNO DO ESTADO
Secretária de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Exames de laboratório

Exames de laboratório e físico

Exames de laboratório

Exames de laboratório

Exames de laboratório

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

GOVERNO
DA PARAIBA

21 NOV. 2018





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



MAT.: 130712

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

ANAMNESE: Depressão no artelho esquerdo.

Queixa Principal: Dor + deformidade no artelho (E) + inchaço.

História da Doença Atual: Paciente sofreu contusão de artelho da
proximidade de S.J. Tapada, quando colidiu com
reimol.

EXAME FÍSICO:

Dr.
Edmo
D.I. punhal
Paciente deformado no
artelho esquerdo

DIAGNÓSTICO: Fratura do artelho esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 4064 CRM-RN 4228
TEUT-9877 NO-57654

21 NOV. 2018



Hospital		H R S	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Gerson Nunes de Sá			130712
Data Operação	Enf.	Leito	
24/08/2018			
Operador	1.º Auxiliar		Instrumentador
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Anestesia Geral		
Tipo de Operação			
Osteotomia do Antebraço (K) (Pólo do Rádio)			
Diagnóstico Pós Operatório			
Fratura da diáfise do rádio			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228
TEOT-987 AO-52.654

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada em Antebraço direito, após anestesia geral, com o paciente em decúbito supino. Realizada a incisão em curvatura, seguindo a linha de flexão. Após a incisão, foi feita a desbridamento da pele e do tecido subcutâneo. Foi encontrada a fratura da diáfise do rádio, com deslocamento de 2cm e angulação de 15 graus. Foi realizada a redução da fratura com auxílio de pinos de Kirschner e fixada com placa de 4,5mm e parafusos de 2,0mm. Foi realizada a lavagem da ferida com solução fisiológica e fechada com pontos de sutura. Foi colocada uma gaze esterilizada e um curativo. O paciente foi encaminhado para observação.

Dr. Denis Rocha Formiga
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228
TEOT-987 AO-52.654

21 NOV. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Name: Gilbert Vuntz,

Idade:

Cor:

Enfermaria:

Leito: _____ Categoria: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA,

Nome: <u>Carla N. Silva</u>	Prescrição Médica	Horário	Relatório
DATA	<p>09/08/2018</p> <p>1) Dado em uso anterior</p> <p>2) 500mg - 1.000mg. IV. 24h</p> <p>3) epinefrina - 0.1g. IV. 6/10h. (50)</p> <p>4) furosemida IV. 8/8h. (50)</p> <p>5) mupirocin IV. 8/8h (50)</p> <p>6) amoxicilina</p> <p>Denise Rocha CRM 7054</p>	<p>12h</p> <p>14h</p>	<p>Apresento o plano de tratamento para o tratamento de infecção de pele.</p>
	<p>ALÉRCIO A. DIPIRONA, FARMACIA E DROGARIA</p> <p>25/08/2018</p> <p>11/08/2018</p>		

10. Let's a Minute Problem #6

21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

GEISON HUES DE SOUSA
20180815-01-0001
7/4/1998 M
Ombro
8/15/2018
7:39 AM

Initial Hospital Name
Operator user
- kV, - mAs
Zoom 100%

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0,86 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...



SD mm

L 2047
W 4095

21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

GEISON HUNES DE SOUSA
20180815-01-0001
7/4/1988 M
Rotação crânio
18/15/2018
7:52 AM

Initial Hospital Name
Operator user
- kV, - mAs
Zoom 100%

UNIQUE: S200 L4.0 SWL d:0,94 g:2,4 sb:3,23 eq:0 nr:0 dc:3,7...



580 mm

L 2047
W 4095

21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



21 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



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 051870214-60, com domicílio na cidade de São José LT, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Área Rural,

nº 3/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 5451/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



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez 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 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 Paçundes de Lira</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>— — —</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>55800000</u>
Email <u>verasdprvt@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(33) 9.8181.8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(33) 9.9719-4307</u>

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


Assinatura do Declarante

21 NOV. 2018

DLDR.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

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

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 Rodrigues 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>verascpinat@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



CHURCH PARK Rd - 245 TADUSACOMA DR BRIDGE 54
 ZIP 25 - Chateaufort - John F. Poirer 198 - 629-227-1400
 CHURCH PARK 10-2001-40 - see Box 10-215 2001-4

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 03-448-357
Cód. para Deb. Automático: 0000636 1200

Canal de contato

000000000000-9 84260054000-8 05961322018-0 10900177019-8





**SAMU
192**



SÃO JOSÉ

Alcides 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>15/08/18</u>	Ocorrência n.º: <u>0007</u>	Paciente / Usuário: <u>Geizon Nunes de Sousa</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>Bea Vista</u>		Bairro: _____	Médico Regulador: _____	
Apim 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 (PRINCÍPIOS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colúrio metex 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: 90 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 Fétido ☐ Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

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

GBF - Código 1362

21 NOV. 2018



- 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 ☐ Otorrágia ☐ 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 lesão de pele em GUSTAVO, 19 anos de idade, vítima de acidente motorveicular. Consciente, orientado, encostado em decúbito lateral, suposto de natureza de anti-braço esquerdo, prumo no coto - costura na região de sutura e amarração. SSV: 11, 12x8x6, P: 91, SP 277. Sob regulação médica foi realizada proteção de A.H. + A.V.P. com SF. Foi minhado ao HRS e retornamos a base.

ENCAMINHAMENTO

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusa o atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

POSICÃO 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:

CRM:

MAT:

ENFERMEIRO (A):

COREN:

MAT:

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.:

COREN:

MAT:

CONDUTOR:

MAT:

GBF - Cod 3017

21 NOV. 2018

Nota Final: Certificado de Energía Eficiente N° 07-204-226
Cód. para Del. Automática: 50967792089

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

Grisson 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

Grisson Nunes de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017

21 NOV. 2018





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?** 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 Mercedes 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.

Geisom Nunes de Sousa
Comunicante

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-POC
RAT 003730-1

21 NOV. 2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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	<u>Geison Nunes de Sousa</u>		CPF titular da conta	<u>127.361.484-44</u>	Profissão	<u>Recuso</u>	
Endereço	<u>Sítio Caibroz</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>---</u>	
Bairro	<u>Area Rural</u>	Cidade	<u>São José da Lagoa Tapada</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58815000</u>
E-mail	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>				Telefone (DDD)	<u>(93) 9.9919-4307</u>	

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"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRQ: <u>0558</u>	D/V: <u>0</u>	AGÊNCIA NRQ: <u>64852</u>	D/V: <u>0</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
BANCO Nome: _____ NRQ: _____		BANCO Nome: _____ NRQ: _____	
AGÊNCIA NRQ: _____ D/V: _____		AGÊNCIA NRQ: _____ 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

FAPPF.001 V001/2017

21 NOV. 2018



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

Pag. 01625/01626 - carta_09 - INVALIDEZ

00030813



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** 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

Pag. 00459/00460 - carta_09 - INVALIDEZ

00080230



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

Pag. 00939/00940 - carta_01 - INVALIDEZ



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 Cabro2, 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 pericia 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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEISOM NUNES DE SOUSA

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 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 OSTEOSSÍNTESE 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 CIDADÊS

DETRAN - PB Nº 9669613987
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 12182425-0 00/00000000 2012

MARTA DAS MERCEDES NUNES SOUSA

05187021460 MNIU5451/PB

NOVO PB 9C2JC30708R788116

DAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2008 2008

2 P/124 /CI PARTIC CINZA

IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 2º

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 3º

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

S J LAGOA TAPADA-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 MNIU5451/PB

2012 16/03/2012

05187021460 MNIU5451/PB

121824250 GAS HONDA/CG 125 FAN

2008 9C2JC30708R788116

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

S J LAGOA TAPADA-PB 16/03/2012

40665 11436

21 NOV. 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 58



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08015592120208150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEISOM NUNES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 16 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335877400000036226782>
Número do documento: 20121714335877400000036226782

Num. 37980690 - Pág. 2