



Número: **0800360-49.2019.8.15.0451**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Sumé**

Última distribuição : **24/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO ANTONIO DE LIMA (AUTOR)	GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32079 830	06/07/2020 12:46	<u>2731674_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Giovanni Antonio da Cunha

RG nº 2.300.223 SSP-PB data de expedição 25/06/96, Órgão SSP-PB

CPF nº 046.949.484-03, 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>Rua Emidio Lucas da Silva, 00</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Cano</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Conceição</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58635-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9938-9348</u>
E-mail	<u>—</u>

14:13 21/03/2016 066939 SERVIDOR LIVRE REVISÃO 4

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Conceição - PB, 07/03/16

Assinatura do Declarante: Giovanni Antonio da Cunha



HOSPITAL ANTONIO TIRGINO SISTEMA DE CONTROLE CLINICO REGISTRO DE INTERNACAO										*2163822*	
Identificação	Nome do Paciente CICERO ANTONIO DE LIMA		Nascimento 24/11/1980	Idade 35	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião	1-CATOLICA		
Estado Civil	CPF	RG 2300223	Grau de Instrução			Profissão			Fone Residencial	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: CREUZA INACIA DOS SANTOS		Pai:					Complemento Endereço			
Endereço	SIT LAGOA FUNDA, - , CONGO-PB CEP: 57100-000										
Atendimento	Data 2163822 04/01/2016	Hora 09:34	Selar 3008-SECRETARIA CONVENIOS			Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA					
Médico Atendente	CRM: 152889-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA										
Plano / Convênio			Nº Carteira	Validade	Nº CNS	Motivo Atendimento 4-INTERNACAO/URGENCIA					
Posto			Acomodação			Leito					
Gute			Procedimento 99988888 INTERNACAO			*905612*					
INTERNACAO	(68-0) 02 leitos										
moreira dos reveses.											
<u>TERMO DE RESPONSABILIDADE</u>											
<p>O paciente (ou responsável), Sr(e) CICERO ANTONIO DE LIMA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente ROBERVANIA BARBOSA, CRM: 152889-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.</p> <p>Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.</p> <p>1) 2) 3)</p>											
<p>Responsável: CICERO ANTONIO DE LIMA Endereço: SIT LAGOA FUNDA, Bairro: CONGO-PB Telefone:</p> <p>14:17 21/03/2016 0663936 59588080 LINH PINT 4</p>											
<p>CAMPINA GRANDE, 04 de Janeiro de 2016</p> <p><u>Robervania</u> ROBERVANIA BARBOSA Responsável pelo Atendimento</p> <p><u>Cicero antonio de lima</u> CICERO ANTONIO DE LIMA Responsável pelo Paciente</p>											

*RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 04/01/2016
conforme
Robervania*

*Robervania
04/01/2016*



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

3º DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA SOCIAL

14º DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - MUNIFERO

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CONGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de Congo, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se encontra o Del. Pol. Yuri Givago Araújo Rodrigues, compareceu Cicero Antônio de Lima, brasileiro, solteiro, pescador, RG Nº 2300223 SSP PE, CNH Nº02693713544 CATEGORIA AD, com 35 anos de idade, nascido em 24/11/1980, filho de Antônio dos Santos Lima e de Creusa Inácia dos Santos, natural de Belo Jardim/PE, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Funda, Zona Rural, Congo/PB, o QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NO DIA 23/12/2015, pilotava sua motocicleta do centro da cidade em direção a sua casa, quando perdeu o controle do veículo e caiu; Que, na queda quebrou o tornozelo e fraturou o pé esquerdo em 03 lugares, conforme laudo médico apresentado e emitido pelo médico Drº Fidias Borborema; Que, segundo o declarante, tinha chovido e a estrada estava difícil; Que, a moto do declarante pilotada pelo mesmo é uma HONDA XR-250 TORNADO, ANO 2004/2004, COR PRETA, CHASSI 9C2MD24005R002138, LEGALMENTE LICENCIADA; Que, ora registra esse boletim de ocorrência para efeito de seguro. Nada mais foi dito, nem lhe foi perguntado.

DELEGADO DE POLÍCIA: _____

DECLARANTE: Cicero antônio de lima

ESCRIVÃO: _____

141822/MUNIFERO/2016-083946-SEGURO MARCA 4



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -**

er · DPVAT



www.dpvat.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

No. DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cícero Antônio de Lima

PORTADOR/A DO RG No.: 2.300.223 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 25/06/1956 E

CPF 046.949-8403 /CNPJ _____ PROFISSÃO _____

Pescador E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE Á INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cícero Antônio de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FÓRMULA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.

Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR.
No. DE CONTA CORRENTE _____)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 00013394-7

141821/02015-966977 SEMPRES LIDER DPVAT 4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Concejo - PB

DATA 07/03/2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Cícero Antônio de Lima



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738660

a/c: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8911485

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913279

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência faltando página
- Declaração de Inexistência de IML
- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médica-hospitalar faltando página
- Laudo do IML - Lesões corporais
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Identificação
o DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0829977/16

Vítima: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF: 046.949.784-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/12/2015

Titular do CPF: CICERO ANTONIO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CICERO ANTONIO DE LIMA : 046.949.784-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

Portador da documentação entregue

Data: 19/03/2016
Nome: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF/CNPJ: 046.949.784-03

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/03/2016
Nome: RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA
CPF: 035.143.767-35

CICERO ANTONIO DE LIMA

RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou DAMS - Despesas Médicas		Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos	 Seguradora Lider • DPVAT
1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE			
Nome da Vítima Cícero Antônio de Sá		Data do Acidente 23/12/2015 CPF: 046.949.784-03	
2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE			
Nome Cícero Antônio de Sá			
<input checked="" type="checkbox"/> A própria Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal: Grau de Parentesco:			
Endereço Rua Emílio Bucos da Silva, 20			
No. 00	Complemento casa	Bairro Penteado	
Cidade Congo		UF PB	CEP 58635-000
Telefone (83) 993879348		Email	

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

電子書籍 紙質書籍 光碟 其他

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
 - Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
 - CPF da vítima (Cópia simples e legível).
 - Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
 - Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários. (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
 - Na falta de Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
 - Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
 - Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
 - CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
 - Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
Na ausência deste documento, Declaracão de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).

Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).

Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).

Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)

CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).

Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 04/03/20

Name Class Address Town

www.english-test.net

Alonso Antonio de
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Digitized by srujanika@gmail.com

www.EasyEngineering.net Solved Examples

Page 33 of 33

Matrícula Correios 3-476-312 Maria de Fátima dos Reis

Mr. & Mrs. J. E. Loftfield
Arlington, Virginia

Assinatura dos Atendentes





POST
SEGUR

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender <i>Eduardo Antônio de Lima</i>	TELEFONE / Phone Number (83) 99187-9348
ENDEREÇO / Address <i>Rua Emílio Búras da Silva, SN, Petrópolis</i>	
CEP / Zip 58535-000	CIDADE / City Concejo
UF / State PB	PAÍS / Country Brasil

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"





SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 0800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	20031205	CIDADE / City	RIO DE JANEIRO
UF / State	RJ	PAÍS / Country	BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE		Nº 011580418923	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO	
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.R.C.	*****
1	844782025	2015	
NOME			
PAULO CÉZAR CHAVES PEREIRA			
3 C CABIBARIBE - PE		PLACA	
150.228-688-22		ELB3941	
PLACANTE/UF		CHASSI	
***** /PE		SC2MHD34605R002138	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
MOTOCICLETA		GÁSOLINA	
MARCAS / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / XR 250 TORNADO		2004 / 2005	
CAR / POT / CIL.		CATEGORIA	
26/249CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2015 QUITADO		1º *****	
PARCELAMENTO / COTAS		2º *****	
FAIXA IPVA		3º *****	
*****		*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURADO PAGO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
3 C CABIBARIBE		DATA	
Charles Andriens Souza Bibeira		09/03/15	
Diretor Presidente DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU N

PE Nº 011580418923

PAULO CÉZAR CHAVES PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

0		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
3 C CABIBARIBE - PE		2015	09/03/15
PLACA		ELB3941	
VIA		CPF / CNPJ	MARCA / MODELO
150.228-688-22		844782025	HONDA / XR 250 TORNADO
RENAVAM		Nº CHASSI	SC2MHD34605R002138
ANO FAB. / CAL/ME		2004 / 09	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2015		1º *****	
PARCELAMENTO / COTAS		2º *****	
FAIXA IPVA		3º *****	
*****		*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURADO PAGO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
COTA ÚNICA		PARELADO	
		DATA DE OUTRAÇÃO	

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) IOF (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) TABELA DE PAGAMENTO (R\$)

SEGURADOR LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.800/0001-04

www.seguradorlider.com.br

DESENTE BEM GUARDE O BILHETE DPVAT
SÓ SE HOUVER SINISTRO PRECISA FAZER A PARCIALIZAÇÃO.

P JPAW 2007 89000002 146990 078256912 8/15

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
INJURIAIS POR VÉSICULAS AUTOMOTORES DE
LA TERRITÓRIO, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

• SEGURO DPVAT SOBRE DANOS PESSOAIS
INJURIAIS POR VÉSICULAS AUTOMOTORES DE VIA
PRESIDENTE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

• SEGURO COBERTURA TODOS OS CEDERÔNIOS EM TODO O
TERRITÓRIO NACIONAL - SEGURO ELER MOTORISTA,
ASSOCIADOS OU PESQUETISTAS.

• São oferecidos três tipos de cobertura: morte,
invalides permanente e indemnização de despesas
hospitalares diárias e suplementares (diárias).

• Se você for vítima de acidente de trânsito ou
enfermidade ou invalidez, recorra à documentação
devidamente expedida e solicite a indenização em uma das
entidades de atendimento autorizadas (CONSULTE
o documento "SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO IPVA"

• VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA II
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PESSOAS
INCAPACITADAS:

• Número do IPVA
• Número de identificação da
vítima
• Número de identificação
do cedendor

(II) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXPEDIDO
PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE
ESTA COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E COPIA PRÓPRIA E PROVA DA QUALIDADE
E SENSIBILIDADE VÉSICULAR COM CARTEIRA.

• OS INDIVIDUOS FAMILIARES RECONHECIDOS DA VÍTIMA
APOIADOS PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, COPIA
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E UNICO
INSTITUTO MEDICO-LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO LOCAL
O ACIDENTE OU DA RESISTÊNCIA DA VÍTIMA, COM A
CARTA DE IDENTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
ENTREGUE AO TESTIMÔNIO PARECIMENTO DE ACORDO COM
AS ENTRADAS DA TABELA, CONFERIR O ANEXO DA LEI
104/1974 (ALTERADA).

• (III) DANOS: DOCUMENTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA II
APLICAMENTARÉSSE REGISTRO DA INCONGRÉNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE,
OLTRIM, DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
OCUPAÇÃO DE BONIFICAÇÃO, QUE CONFIRME AS
DESPESSAS MÉDICAS-NUTRICIONAIS ENTRETANTO PERMITAM
SOBREPOR DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS
CORPO-CONSEQUENTES DE ACIDENTE DE VEÍCULO
MÓVEL AUTOMOTOR DE VIA TERRITÓRIO, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA
FISCAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DESCRIPÇÃO DE
ODAS AS DESPESAS, INCLUIDO DRAFOS E TAXAS,
SALÃO DOS MÉDICOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
ANALOGO OS EXAMES REALIZADOS COM OS PREÇOS POR
INDICADO, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
SUPPLIMENTOS ESPECIAIS.

• ENTREGUE PELO HOSPITAL, TÉCNICO-MÉDICO, PATRIMÔNIO
E PECÚIAS DO HOSPITAL, CERTIFICAIS, COMPROVANDO O
POAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECEBOS
PAGAMENTOS ENTRETEDES EM NOME DA VÍTIMA, OU
COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA
ANEXO DE IDENTIFICAÇÃO, MATERIAIS CLÍNICOS, ARQUIVOS
E CPM QUE CONFIRMA A INCONGRÉNCIA DO PRESTADOR
DE SERVIÇOS, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O
SERVIÇO E DOCUMENTO DO LARANJA ANEXO FOLHETO
A LEGISLAÇÃO DIRETRIZ DA ASSISTÊNCIA MÉDICA
MÉDICO-CLÍNICA, ENTREGUE AOS CEDERÔNIOS.

• PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOSS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNPFP 273/2012.

6. IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DEMONSTRANTE OU
QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA CURRIR ENTRE NO
PERÍODO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O
ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O PESO DO DANO - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPPLIMENTOS, NÃO É LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABUAS, QUANTO AS REQUISITOS DO
ART. 10 DA RESOLUÇÃO CNPFP 273/2012.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE
PESO DO DANO: 120 DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CÓPIA BASE NO VALOR
VIDENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINÔNIMO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

• O SEGURO DPVAT E OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PESO DO DANO, DE VÉSICULAS, DEACORDO COM A LEI Nº
8.114/1990, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VÉSICULAS.

• PRAZO DE VENCIMENTO DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO AQUELE SE REFERE, SALVETE.

• O CEDERÔNIQ DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA CUSTA OU COM A DESTA UNICA DO IMPORTE
DE PROPRIEDADE DE VÉSICULAS AUTOMOTORES - IPVA
OU DEVA, ATÉ A EXCEÇÃO PELO PERCUCIMENTO, O
VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ, ATRASADO, AO
PAGAMENTO DAIRANCIAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS
SUCEDENTES, Sendo o SEGURO PAGARÉSSE JUNTO A
MESSA DATA.

• O VÉSICULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (INDENIZAÇÃO
CONTINUA) MENSALMENTE.

• SEU DO VALOR DO PESO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGOTOU A SEGUENTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNDS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.114/1990).

• 15% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -
DENATRA -, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DE FORMAÇÃO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
(PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1º DA LEI 8.114/1990 -
CONHECIDO DENTRÔ DO BRASILEIRO).

• AZEREDIMENTO AO PÚBLICO
SEU DEPVAT DEPOIS DE 1994.
Sistema SEU - SEU
www.seu.sesp.gov.br

• AUTORIZAÇÃO DE INGRESSO FINANCIADO -
AUTORIZAÇÃO DE INGRESSO FINANCIADO
AUTORIZAÇÃO DE INGRESSO FINANCIADO



DIRETORIA - SUSEP
GABINETE DIRETORIA
www.susep.gov.br

MANTENÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENDARGOS DO DETRAN

O reitor fico satisfecho
de ver o quanto hospital
e de esforçar nôs ele.

Dr. Fidias G. E. Bonfim
TEOT 9836
CRFB 5395 - CTEPE 14654

18/02/11.





CIRUR. BUCO-MAXILÓ-FACIAL
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁNICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA COM VÍDEO
CLÍNICA MÉDICA
ELETROENCEFALOGRAFIA
ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA
NEUROCRURGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PAIX
STENT
TRAUMATOLOGIA
UROLOGIA
ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOFIBROSCOPIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
TOMOGRAFIA CEM
UTI MÓVEL

Laudo médico
Cirurg. Antônio Teixeira,
nascido em 01/01/1980, sexo
masculino, residente no bairro
Centro, nº 123, apto 101, CEP 58428-016.
Foi submetido à Trauma-
tologia cirúrgica com
fixação em 23/09/2015.
A paciente evolui com
dor local e feridas abertas.

14117 21/03/2016 065929 SEMAROR LIDER OFM 4

MELHORE SUA LETRA
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Deimiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:46:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612462016000000030746758>
Número do documento: 20070612462016000000030746758

Num. 32079830 - Pág. 16

Membro inferior esquerdo
em dg por cintos (10%).

Dg: Fast. colâmes

CIO: 592.

Dr. NELSON G. F. BORGES
TEOT 9876
CRM-PE 5386-CRM-PE 14654

CT 14101116





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

**NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO**

030657

PACIENTE: Vieira Antônio de Lima 33 anos
CONVÉNIO: Saúde SUS PRONTUÁRIO: 90561212163827
DATA: 04-01-16 CIRURGIA: Ressecção tumoral de coluna
CIRURGÃO: Dra. Fábia

AUXILIAR: Dr. Marcus Ponomar
ANESTESISTA: Gláucio N° CASO: 01 HORÁRIO: INÍCIO: 10:25 FINAL: 11:00
CIRCULANTE

CÓD.	VULGARIZADO	QUANT.
1880	AGUA DESTILADA	03
26819	RANITIDINA	
2970	ATROFENA	
2020	DIFIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1951	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFLILINA	
70071	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
4339	FENERGAN	
2098	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1%	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 5%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CALCIO	
403792	TORADOL	
4858	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTROPICOS	QUANT.
73219	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DJIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0,2mg	
3026	DIMORF 1,0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBRIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	01
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
1780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
79750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIBOL	
	STOMARIC	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUÍ N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA DESCARTÁVEL N°	03 -
	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
	COMPRESSAS	10
	CATETER PERIDURAL N°	
2386	BOLSA COLOSTOMIA	
136096	CATETER OXIGÉNIO	01
12361	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59557	ELETRODO	05
2688	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
49752	MICROPORE LARGO	
3579	MICROPIRE FINO	
	JELCO N° 22	01
	LÂMINA BISTURI N°	
	DRENO SUCCÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 14cc	03
3719	SERINGA DE 08cc	03
3697	SERINGA DE 24cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03.VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	CILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N°	05
	GIRDEN N° 03	03
40126	LUVAS 7.5	8/2
3522	LUVAS 8.0	
149878	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAM	
2300	GAZES	10P
3549	LIUVA PROCEDIMENTO	01P
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂMULA TRACTOGASTROMIAL	

CÓD.	ITENS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	MONONYLON N°	
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N°	
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	
2631	ÉTER	
2611	PVP/TÓPICO	
3603	PVP/DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
364000	CLOREXIDINA	200
CÓD.	GANOS HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	1C
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGENÍO	
	APARELHOS	K
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIÁCO	K
	OXÍMETRO DE PULSO	K
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISOCEL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	for clema 4,0	01

卷之三



HOSPITAL ANTONIO TARCINO LIDA			
NOME DO PACIENTE:	Elaine de Souza	Nº PROTOCOLO:	
DATA DA OPERAÇÃO:	09/07/16	ESPECIALIDADE:	
OPERADOR:	R. Fidio	ESTÁCULAS:	
EXTRÍCIAIS:	S. ALGILIAN	INSTRUMENTOS:	
ASSISTENTE:	R. Magis	TIPO DE ANESTÉSICA:	Dofepac
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:	lit. Colorectal		
TIPO DE CIRURGIA:	SEGURO		
DIAGNÓSTICO PÓ-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO E/OU SISTEMA:	Dr. Elias G. P. Barbosa FECV 0876 CRM-PE 14854		
EXAME RADIOLÓGICO (O A 12):			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

417 2163/006 06692 SERGIPE LIGER REPORT

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

DATA DE ESC. / TÉCNICA / LIVREDADE / DISCIPLINA / MAT. EMPREGADO / AFETO / VEN.
1) Myxomatose
2) Ret. ure
3) fse ure: fu (1)
4) Cervix + folie
<i>[Handwritten signature]</i>
Dr. Elias G. P. Barbosa CRM-PE 14854

FICHA DE ANESTESIA



14:17 21/03/2016 066934 SESSÃO DA LIDER MVAAT 4

PREScrição MÉDICA			DIAGNÓSTICO:
HOSPITAL	NOME: Cicero Antônio de Lima ALI: 3160000 LETTO: 68-1 CONVENIO: pacote		# calcâneos.
DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	Evolução MÉDICA
4/11/16	① D. Enx. apó + antério ② SII - 200 ml ③ Ciprofloxacin 1 gr Eu P/Phm ④ Diprofene 1 gr Eu (16hr)	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	Aspirina Jc osd fáscias
	⑤ Tilitil 20 Eu 12/12hr.	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	Jt cù #
	⑥ Omeprox 40 Eu 1X/dia	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	calcâneo
	⑦ Neurontin 500 Eu 0/8hr.	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	
	⑧ Tramal 100 + 200 ml 500ml Eu 8/8hr.	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	Dr. Edson G. F. Barbosa MEOT 9876 CRM-PE 5305-CRM-PE 14854
	⑨ Dexamec 40 20 1X/dia	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	05/10/16
	⑩ Desyphar 10 - 1C/100 mlito	20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31	Alvo lesão
	()		
	LEOT 9876 CRM-PE 14854		Dr. Edson G. F. Barbosa MEOT 9876 CRM-PE 5305-CRM-PE 14854
5/11/16	① D. Enx. ② Ciprofloxacin + TALA BOTA. ③ Alveo - profralan.		
	Dr. Edson G. F. Barbosa		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
HOSPITAL ANTONIO FERREIRA NOME: Cilene Andrade IDADE: 35 CONVÉNIO: Racion ALA: SAC Nossa LEITO: GR-1 MÉDICO: <i>[Signature]</i> DATA: 04/02/16			
MARCA <p>Paciente consciente, orientado em todos seus sentidos. Acometida, Anita de fundo óptico.</p> <p><i>[Signature] 280602</i> </p>		MARCA <p></p>	
TARDE	<p>Paciente está estabilizado, P.O.E de origem em medicina, clínica importante. Optic. Necessita mais P de cultura que em nenhuma medida CP e em evolução de evolução</p> <p><i>[Signature]</i></p>		
NOCHE	<p>Paciente evolui em P.O.E com indicação CPM alta-hospital em 01/02/16 fez exame cutâneo antes de ir de volta ao considerando que enfermagem</p> <p><i>[Signature]</i></p>		

14617 21/03/2016 066935 SESSÃO LIBERADA

HOSPITAL ANTONIO TARGINÓ

24/11/1980

35 YEAR

04/01/2016 13:23:32

M



S: 37

C: 612

W: 991

IM: 1

1 of 1

:cm



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:46:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612462016000000030746758>
Número do documento: 20070612462016000000030746758

Num. 32079830 - Pág. 23

14:18 21/03/2016 0655942 SESSÃO LIVRE PÁG 4

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CENTRAL NACIONAL DE HABILITACAO

CICERO ANTONIO DE LIMA

DOCID/HAB/DOC.DRIVERS
2300223 SGP 2*

CP 046.949.784-03 DES.MACON
NASC 24/11/1980

NOME
ANTONIO DOS SANTOS
LIMA
CRUZA INACIA DOS
SANTOS

PERMIS
ACC CATANA
MOTOR 02693713346
VALIDADE 17/01/2020 EXPIRAÇÃO 07/01/2003

1083357283

VALIDADE 17/07/2015

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL CAMPINA GRANDE PB DATA EMISSÃO 17/07/2015

Autônomo Cláudia Souza
Assinatura digitalizada

47159504163
FBD31019137

1083357283 (PORTAIBA) 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:46:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612462016000000030746758>
Número do documento: 20070612462016000000030746758

Num. 32079830 - Pág. 24

