



Número: **0800064-82.2019.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA (AUTOR)	ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO) NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
32083 167	06/07/2020 14:00	<a href="#">2732408_CONTESTACAO_Anexo_01</a>



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Florentino de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 154 944 / 85 do sinistro de DPVAT cobertura INVAUDOR da Vítima Francisco Florentino de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 154 944 / 85, 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 <b>Rua Roldão Zacarias de Macedo</b>		Número <b>145</b>	Complemento <b>casa</b>
Bairro <b>JK</b>	Cidade <b>Picui</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58187-000</b>
Email <b>nilotdantas@hotmail.com</b>	Telefone comercial(DDD) <b>(83)33712274</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 999125490</b>	

Picui/PB 17 de Setembro de 2018  
Local e Data

Nilo Torres RS  
Assinatura do Declarante







## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 010.616.969



EST. 1949  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

ANA ODENIZIA DE SOUSA  
RUA ANTONIO FAUSTINO 38  
FREI MARTINHO

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/242445-5

#### REFERÊNCIA

AGO/2018

#### APRESENTAÇÃO

09/08/2018

#### CONSUMO

35

#### VENCIMENTO

16/08/2018

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 23,01

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALQUE AQUI

ANA ODENIZIA DE SOUSA

Roteiro: 03-081-635-0620

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/08/2018

#### VENCIMENTO

16/08/2018

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 23,01

#### MATRÍCULA

342445-2018-06-8

13 SET. 2013  
PROTÓCOLO  
12.000 PESOS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 4



**OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 023/2018**

Aos **05 de julho de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **ELIAS J. RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, ai, por volta das **16:21** horas, compareceu **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**, conhecido(a) por **CHICO DE BIU**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **MECÂNICO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **37** anos de idade, nascido(a) aos **06/04/1981** em **PICUÍ - PB**, filho(a) de **ANA ODENISA DE SOUSA** e **PAI NÃO DECLARADO NOS DOCUMENTOS**, portador(a) de Cédula de Identidade N° **2633801**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de N° **013.154.944-85**, residindo no seguinte endereço **FRANCISCA CUNHA DANTAS 24**, bairro **CENECISTA**, cidade de **PICUÍ - PB**, telefone: ( ) , celular: (83) **999350505**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE, no dia 30/04/2018, por volta das 10:00 horas, o noticiante trafegava no seu automóvel FIAT/PALIO FIRE, ANO/MODELO 2016, PLACA OEZ 4532/PB, COR PRATA, CHASSI 9BD17122ZG7577799, CÓDIGO RENAVAM 0107917923-0, LICENCIADA EM NOME DE HILARIO DA SILVA DANTAS, no Sítio Boi Morto, nesta cidade de Nova Floresta/PB, quando foi surpreendido por uma batida de outro automóvel no que o noticiante dirigia; QUE, devido a colisão entre os dois automóveis o noticiante perdeu o controle do carro e bateu forte com a cabeça; QUE, o motorista do outro veículo, que o noticiante não sabe informar quem seja, não prestou socorro ao noticiante; QUE, o noticiante foi socorrido por populares que passavam no local e foi levado para o Hospital Regional de Picuí, onde foi submetido aos primeiros socorros e a um procedimento cirúrgico no braço direito, que fora fraturado devido ao acidente ; QUE, passou dois dias internado no Regional de Picuí/PB e passou 2 meses em poder exercer suas funções profissionais em decorrência do acidente que sofrera. ***Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.***

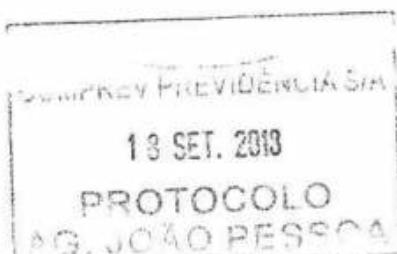
TESTEMUNHAS:

1 – Nome: OLIVEIROS REIS REMIGIO, R.G. n.º 857.327 2ª VIA, C.P.F. n.º 601.892.664-49,  
Endereço: RUA MARCELINO BALBINO DOS SANTOS 24 BAIRRO SÃO JOSÉ - PICUÍ/PB.

2 – Nome: MARIA DAS VITÓRIAS CABRAL, R.G. n.º 2314174, C.P.F. n.º 028.945.454-95.  
Endereço: RUA FRANCISCA CUNHA DANTAS 24 BAIRRO CENECISTA - PICUÍ/PB.

Nova Floresta/PB, 15 de agosto de 2018.

*Francisco Florentino de Souza*  
**FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**  
Noticiante  
*Leandro R de Azevedo*  
**LEANDRO R DE A AZEVEDO**  
Escrivão de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <b>FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA</b>	CPF da Vítima <b>013 154 944-85</b>	Data do Acidente <b>30/09/2018</b>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

13 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AO JOÃO PESSOA

Flávio - 13.12 de Setembro de 2018

Local e Data

Flávio Florentino de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180434361  
Vítima: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA  
Data do Acidente: 30/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180434361**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00645/00646 - carta\_04 - INVALIDEZ



00040323

Carta nº 13653935



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 7



## 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  Nome completo da vítima  
013.154.944-85  Francisco Florentino de Souza

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

Nome completo	Francisco Florentino de Souza	CPF titular da conta	013.154.944-85	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Antônio Faustino	Número	38	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Frei Rosário	Estado	PB
Email		CEP	58135-000	Telefone (DDD)	(183) 99912-5490

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

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  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 NRO.  4916 D/V  CONTA NRO.  11527 D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
BANCO Nome:  13057-2019 NRO.   
AGÊNCIA NRO.  D/V CONTA NRO.  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.

Picuí-PB, 06 de julho de 2018  
Local e Data

Francisco Florentino de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



---

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**

Sinistro: **3180434361**  
Vítima: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**  
Data do Acidente: **30/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180434361** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180434361**  
Vitima: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**  
Data do Acidente: **30/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434361**.

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.seguradoraslider.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 13389771

Pag. 00755/00756 - carta\_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**

Sinistro: **3180434361**  
Vítima: **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**  
Data do Acidente: **30/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180434361** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

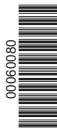
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00159/00160 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13433262



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 11

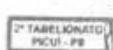
## PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Florentino de Souza,  
brasileiro(a), sócio, Mecânico,  
portador(a) do RG nº 2.633.801 expedido por SSP/PB em  
/ / e do CPF nº 013.154.944-85, residente na (o)  
Rua Francisco cunha Dantas,  
, município de Picui - PB, CEP 58.187-000.

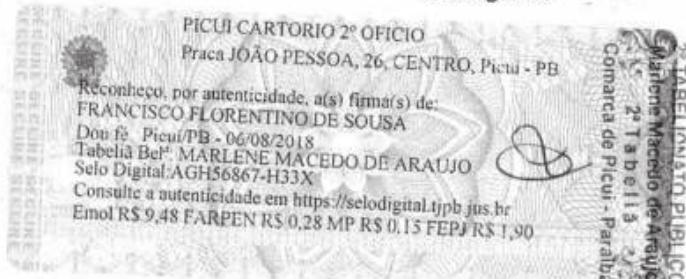
Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

**Poderes:** Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 06 de agosto de 2018



Francisco Florentino de Souza  
outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341989/18

Número do Sinistro: 3180434361

Vítima: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

CPF: 013.154.944-85

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA : 013.154.944-85**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 13

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434361      **Cidade:** Nova Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA    **Data do acidente:** 30/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DIREITO,

**Descrição do exame** SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE  
**médico pericial:** MOVIMENTO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO NO DIA 30\04\2018, COLISÃO CARRO-CARRO; ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DE MUNICIPAL DE PICUÍ ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO OSSO DO RÁDIO DIREITO. FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM FIO E GESSO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 31\04\2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

**Médico examinador:** Luciano Túlio Serafim Teixeira

**CRM do médico:** 7872

**UF do CRM do médico:** PB

### 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

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434361      **Cidade:** Nova Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA    **Data do acidente:** 30/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DIREITO,

**Descrição do exame** SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE  
**médico pericial:** MOVIMENTO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO NO DIA 30\04\2018, COLISÃO CARRO-CARRO; ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DE MUNICIPAL DE PICUÍ ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO OSSO DO RÁDIO DIREITO. FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM FIO E GESSO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 31\04\2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

**Médico examinador:** Luciano Túlio Serafim Teixeira

**CRM do médico:** 7872

**UF do CRM do médico:** PB

### 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

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434361      **Cidade:** Nova Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA    **Data do acidente:** 30/04/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180434361**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R ANTONIO FAUSTINO, 38 - CENTRO - Frei Martinho - PB - CEP 58195-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2633801**

Data e local do acidente: [ **30/04/2018** ] **PICUI**

Data e local do exame: [ **29/11/2018** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE RÁDIO DIREITO**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO NO DIA 30/04/2018, COLISÃO CARRO-CARRO, ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DE MUNICIPAL DE PICUÍ ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO OSSO DO RÁDIO DIREITO. FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM FIO E GESSO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 31/04/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[    ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

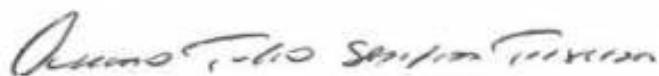
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341989/18

Número do Sinistro: 3180434361

Vítima: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

CPF: 013.154.944-85

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros:

**FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA : 013.154.944-85**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



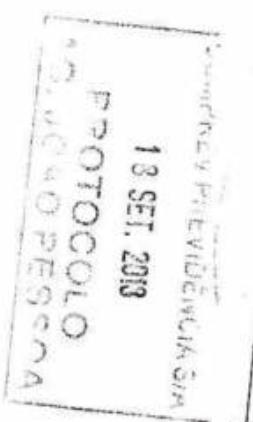
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBI  
AUTOMOTO

DETRAN LACRE	<b>Nº 013930607661</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> PRT 20182600000930-9 VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO 1 0107917923-0 00/00000000 2018		PB Nº E P
NOME			
HILARIO DA SILVA DANTAS			
CPF/CNPJ		PLACA	
07457362460		OEZ4532/PB	
PLACA ANTO/UF		CHASSI	
NOVO PB		9BD171222G7577799	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/AUTOMÓVEL/		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
FIAT/PALIO FIRE		2016 2016	
CAP / POT / CL.		CATEGORIA	
5 P/75 /CV		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IP		00/00/0000 1*	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
VA		2* 3*	
*****		0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADO		DATA DE PAGAMENTO	
A.F. BANCO ITAUCARD S/A		04/06/2018	
OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
PICUI-PB		04/06/2018	
32875		 	
		671	
OBSERVAÇÕES			
0			
CUSTO DO ***** S COTA 1			





**ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE**  
**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

## MATERIAIS.- MEDIC

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

**NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ**

**END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO**

MUNICÍPIO: PICUÍ ESTADO: PARAÍBA UF: 26

Nome: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Baca/Ger: BRANCA

Dt. Nasc.: 06/04/1981 Idade: 37 ano(s) mês(es) de Idade dia(es) de Idade Sexo: M

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_



### CARÁTER D

## PROCEDIMEN

DIAGN

OBSERVAÇÃO

1. PRESCRITA       OBSERVAÇÃO  
 2. APLICADA       OUTRO HOSPITAL

**SERVICIOS REALIZADOS:**

—  
—  
—

2 -

— 1 —

1000 100 10 1

S. DO(S) PROFISSIONAL(ES)

—  
—

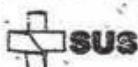
ASS. DO PACIENTE/ACOMPAHANTE

Maria das Vitorias Co  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

---

RECEPCIONISTA: HRP





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Vieira

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ</b>		2 - CNES <b>2757710</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
3 - NOME DO PACIENTE <b>Francky Florentino de Souza</b>		4 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>92576</b>		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>706905121535339</b>		6 - DATA DE NASCIMENTO <b>06/04/81</b>	7 - SEXO <b>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3</b>	8 - RACIA/COR
9 - NOME DA MÃE <b>Ana Odemaria de Souza</b>		10 - TELEFONE DE CONTATO <b>(031) 3219-1000</b>		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>Flávio dos Lúcio Cabral</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO <b>(031) 3219-1000</b>		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>Picuí</b>		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Picuí</b>		
15 - CID 10 DE MUNICÍPIO <b>88190</b>		16 - UF <b>PB</b>	17 - CEP <b>58180000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>anore - vomite febre dor + febre D. febre + +55 grados</b>				
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Dos + febre 100°</b>				
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Exame clínico + ex</b>				
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Infarto agudo do miocárdio</b>		22 - CID 10 PRINCIPAL <b>I64</b>	23 - CID 10 SECUNDÁRIO <b></b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>infarto agudo do miocárdio</b>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b></b>		
26 - CLÍNICA		27 - CARTEIRA DE INFORMAÇÃO <b>( ) CNS ( ) CPF</b>	28 - DOCUMENTO <b>( ) CNS ( ) CPF</b>	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>04/10/2018</b>	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) <b><i>[Assinatura]</i></b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGUROADORA	38 - Nº DO BILHETE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - SÉRIE		
36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CMAE DA EMPRESA	
42 - CBOR				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO <b>( ) CNS ( ) CPF</b>		51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>13 SET. 2018</b>		
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)		
<b>PROTÓCOLO</b>				
<b>A.G. JC40 PESSOA</b>				





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ  
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo  
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990  
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH \_\_\_\_\_

Nº de Ordem \_\_\_\_\_

Nº de Reg. 92 576

Nº do Docum. 2633801

### ARQUIVO MÉDICO

Nome: Francisco Flávio de Souza  
Responsável: Maria Odemiria de Souza Cabral

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: Maria Odemiria de Souza

Prof.: Agnel Data Nasc.: 06/04/81 Idade: 34

Endereço: Marcelino Balbino Nº \_\_\_\_\_

Bairro: S. José Cidade: Picuí Est. Civil: Solteiro

### PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fist. Rádio

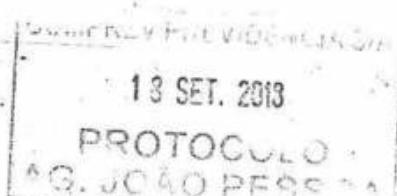
Tratamento efetuado no hospital: Cirúrgico

Exames realizados: \_\_\_\_\_

Internado em 04/08/18 Alta em / / Óbito em / /

Arquivista

Médico Assistente



NOME: Francisco Flórentino de Souza		IDADE: 37 <sup>o</sup>	PRONTUÁRIO N°: 092.576
HÍPOTESES DIAGNÓSTICAS: Fratura de nervos		ENFERMARIA: 203	DATA DA INTERNAÇÃO: 04/05/18
LEITO: 09		DATA ATUAL: 05/05/18	
Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO DIÁRIA
1		1 2 3 4 5 6 7 8	
2			
3	<del>Acetaminofeno 500 mg</del>		
4	<del>S. Diazepam 1000</del>		
5	<del>Cefotaxima 3x1000</del>		
6	<del>Cefotaxima 3x1000</del>		
7	<del>Cefotaxima 3x1000</del>		
8	<del>Maca 10616</del>		
9	<del>Maca 10616</del>		
10	<del>Fármaco 400 mg</del>		
11	<del>Fármaco 400 mg</del>		
12	<del>Fármaco 400 mg</del>		
13	<del>Fármaco 400 mg</del>		
14			
15			

13 SET. 2013  
PROTÓCOLO DE PESO



# FICHA DE ANESTESIA

NOME		IDADE	SEXO	GR. SANGUÍNEO
Francisco Flávio de Souza		37	M	-
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		CATEGORIA	DATA	
Fratura de rádio (D)		SUS	04/05/18	
OPERAÇÃO REALIZADA				
Trat. cir. de fratura de rádio + fixação		AUXILIAR	ANESTESISTA	
CIRURGIAO: Dr. Raulton		-	Dr. Vieira	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
<b>CÓDIGO</b> 				
Auestesia X Oper. Iaunch T Endotr Pres A Distal Pulsos O Resp. RA Audit. Resp. RE Ptochot. Resp. RC Outr. 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				
Pré-Auestesico				
Auestesia <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raquiána <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo <input type="checkbox"/> Outras				
Técnica				
Início Término Duração minutos				
AGENTES DOSES LÍQUIDO ML				
OBS:				





Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gómez"

### DESCRÍÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Francisco Flávio de Souza		
Data da operação: 04/05/18	Enf.: 208	Leito: D2
Operador: Dr. Dalton	1º Auxiliar: —	
2º Auxiliar: —	3º Auxiliar: —	Instrumentador: —
Anestesista: Dr. Vitor	Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-operatório: Rufino Adão	D	
Tipo de operação: Ruf - auxílio h farto redutor		
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato:		
Acidente durante a operação:		
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras		
Anotar procedimento		
Ressecção tumoral		
Sutura percutânea		
Tumor		
Geral		
Assinatura		
13 SET. 2013		
PROTOCOLO		
AG. JECOLO PEREIRA		





## FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Francisco Ilorantino da Silva Idade 37a Sexo M  F   
Admissão 04 / 05 / 18 Clínica Cirúrgico Ala Ortopedia Enf. 208 Leito 02

Diagnóstico Fratura de rádio D

Infecção  Sim  Não  Hospitalar  Comunitária

Topografia Infecção  Gastro Intestinal  Genital  S.N.C.  Ferida Cirúrgica  
 Urinária  Septicemia  Respiratória  Pele / TSC  Outros

Procedimento Realizado  Biópsia  Cateter Venoso  Cateter Vesical  Corticoterapia  
 Drogas Antineoplásicas  Diálise  Endoscopia  Flebotomia  
 Hemoterapia  Nebulizador  N.P.  Punção Venosa  
 Punção Lombar  Punção Abdominal  Punção Torácica  
 Traqueostomia  Tubo Endotraqueal  Outros

### Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Tret. cir. Fratura de rádio citada Anestesia geral ev

Data 04/05/18 Tempo 30 min

Limpa  Infectada  Eletivo  G.P.  
 Potenc. Contaminada  Urgência  P.P.  
 Contaminada  Emergência  M.P.

### EQUIPE

Cirurgião Dr. Raulton Auxiliar —  
Instrumentador — Anestesista Dr. Viana

RAIO X NA SALA  Sim  Não

USO DE ANTIBIÓTICO  Profilático  Terapêutico

NOME	Alfatina Ig	NOME	
DOSE / DIA	02 F/Amp	DOSE / DIA	
DURAÇÃO	Trans-operatório	DURAÇÃO	

### BACTERIOLOGIA

GRAM	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CULTURA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

COMPRA PREVIDENCIÁRIA

18 SET. 2019

Obs:

PROTOCOLO  
AO. VOLTO PESSOA

CONDIÇÕES DE ALTA  Curado  Transferido  Óbito  Melhorando  À Pedido  
 Inalterado Causa:

Médico Assistente

C.C.I.H





MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 02

Paciente: Francisco Flaventino da Silva  
 Médico: Dr. Raulton Aux.: - Anest.: Dr. Vítor  
 Diagnóstico: Fratura de rádio D Tratamento: CIRÚRGICO  
 Anestesia: Anest. Início: Término: Enfer.: 08 Leito: 02

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD	FIOS	QTD
ALFENTA AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5		CAT GUT CROMADO Nº	
BUSCOPAM COMPOSTO		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7	01	CAT GUT CROMADO Nº	
BUSCOPAM SIMPLES		AGULHA DESCARTÁVEL 40X12		CAT GUT CROMADO Nº	
DIAZEPAM AMP		AGULHA PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DIMORF AMP mg		AGULHA RAQUI Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DOLANTINA AMP		ALCOOL À 70%		CAT GUT SIMPLES Nº	
DORMONID AMP		ALGODÃO ORTOPEDICO	05	ETHIBOND	
ETOMIDATO AMP		AR COMPROMIDO		FIO DE ALGODÃO C/A	
FENTANIL AMP		ATADURA DE CREPOM 15cm	03	FIO DE ALGODÃO S/A	
HALOTHANO		ATADURA GESSADA 15cm	02	MONONYLON Nº	
HYPOCAINA 2%		BOLSA P COLOSTOMIA		MONONYLON Nº	
ISOFURINE		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº	
KETALAR		CATETER P/02	01	PROLENE Nº	
LIDOCAINA		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NARCAN AMP		CLOHEXIDINA	05	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº	
NILPERIDOL AMP		COMPRESSA GRANDE	05	VICRYL Nº	
PANCURON AMP		DEPOSITO ANATOMOPATOLOGICO P.M.G.			
PROPROFOL AMP	05	DRENO			
QUELICIN		DRENO HEMOVAC/SUCCÃO Nº		SOROS	QTD
SEVORONE	05	DRENO PENROSE Nº		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
THIOPENTAZ FRASCO		ELETRODO	05	S.F. A 0,9% 100ml	
TRACUR AMP		EQUIPO DE SANGUE		S.F. A 0,9% FRASCO 250ml	
XYLESTESIN FRASCO		EQUIPO MACROGOTAS		S.F. A 0,9% FRASCO 500ml	01
		ESPARADRAPO	05	S.G. A 5% FRASCO 500ml	
MEDICAÇÕES	QTD	ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 250ml	
ADRENALINA AMP		FIO DE KIRSCHNER Nº 20	01	S.R. FRASCO 500ml	01
AGUA DESTILADA AMP		GAZES ESTEREIS	05		
AMICACINA 250 mg		GEL CONDUTOR			
AMINEFILINA		INTRACATH ADULTO		ORTÉSE E PRÓTESE	QTD
ATROPIN		JELCO Nº			
BENZETACIL AMP		KIT METICELULOSE			
BROMOPRIDA		LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CEDILANIDE AMP		LÂMINA DE BISTURI Nº15			
CEFALOTINA 1g F/AMP	02	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
CEFTRIAXONA 1g		LENTE INTRA OCULAR			
CIMETIDINA AMP	01	LUVAS Nº 6,5			
DECADRON AMP	01	LUVAS Nº 7,0	01		
DIPIRONA AMP		LUVAS Nº 7,5			
EFEDRINA AMP	01	LUVAS Nº 8,0			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 8,5			
GARAMICINA AMP mg		LUVAS P/PROCEDIMENTO		EQUIPAMENTOS	
GLUCOSE AMP		MICROPORE		ASPIRADOR	( )
HETHERGIN		OXIGÊNIO L/M	05	BERÇO AQUECIDO	( )
HIDRALAZINA		PVPI DEGERMANTE		BISTURI ELÉTRICO	( )
HIDROCORTISONA AMP mg		PVPI TÓPICO		CARDIOMONITOR	(X)
KANAKION AMP		SCALP Nº		DEFIBRILADOR	( )
LASIX AMP		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		ESFIGMOMANÔMETRO	( )
METRONIDAZOL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml		FOCO AUXILIAR	( )
NAUSEDRON AMP	01	SERINGA DESCARTAVEL 20 ml	01	FOCO CENTRAL	( )
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTAVEL 3 ml		OXÍMETRO DE PULSO	( )
OXITOCINA		SERINGA DESCARTAVEL 5 ml			
PLASIL AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
PROSTGIME		SONDA NASOGASTRICA Nº			
TENOXICAN mg		SONDA URETRAL Nº			
TRASAMIM AMP		TELA CIRÚRGICA			
VITAMINA K		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
VOLTAREN AMP				PROTOCOLO	
				CIRCULANTE	

13 SET. 2013





## GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI – “Felipe Tiago Gomes”

### DECLARAÇÃO

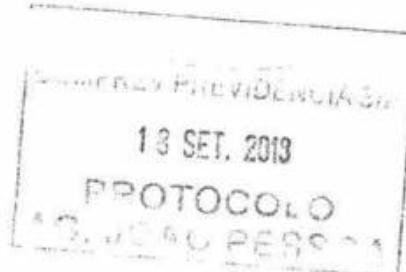
Declaro para os devidos fins que as informações necessárias estão presentes no prontuário. Cabendo a Autoridade Competente confrontar a Veracidade dos Fatos informados com os ocorridos, conforme na Ficha Ambulatorial supracitado.

Sem mais para o momento, renovamos os votos de estima e consideração.

Picuí- PB, 18 de junho de 2018 .

Isaura de Lima D. Freitas  
Auxiliar Adm. - 210935-4

Rua: Francisco Pereira Gomes N° 15  
Bairro: Monte Santo  
Picui - PB  
CEP - 58.187-000  
Fone/Fax - (83) 3371-2990  
CNPJ - 03.515.174/0001-85 UTB-14009-00  
hospitalregionaldepicui@gmail.com





GOVERNO  
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"



### ATESTADO MÉDICO

*Suelio Moreira Torres*  
Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, submetido(a) a \_\_\_\_\_, portador da patologia CID-10 SS2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 dias, a partir desta data.

Picuí, 09.05.18.

*Suelio Moreira Torres*  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

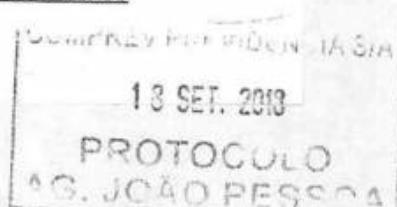
### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

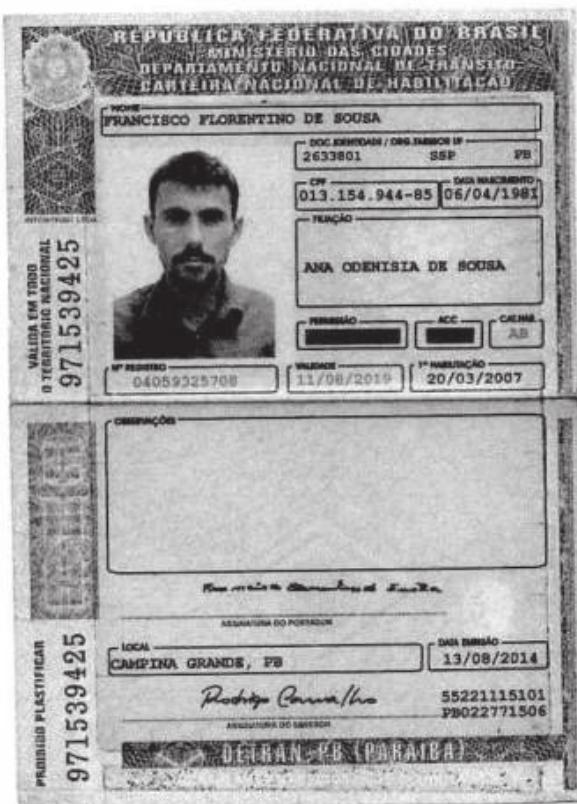
1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



PROTÓCOLO  
AG. JCAO PESSOA





13 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOSÉ PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 31



13 SET. 2019

PROTOCOL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pj.e-tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 32

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hilário da Silva Dantas,  
RG nº 3.282.099, data de expedição 25/10/2004,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 074.573.624-60, com  
domicílio na cidade de Picuí, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Emílio Macêdo, nº 13,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima François F. de Souza, cujo o condutor era  
o mesmo.

Veículo: Automóvel

Modelo: FIAT PALIO

Ano: 2016

Placa: DEZ 45321PB

Chassi: 9BDL7122ZG7577799

Data do Acidente: 30/04/2018

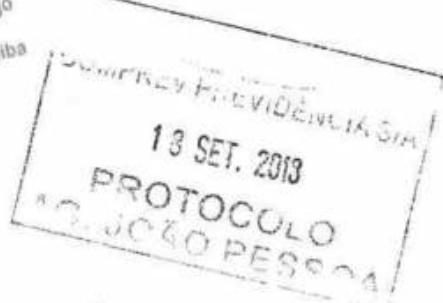
Local e Data: Picuí - PB, 16 de Agosto de 2018



Hilário da Silva Dantas

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Franisco Florentino de Souza,

RG nº 2633 801, data de expedição / / , Órgão SSP/PB

CPF nº 013 154 944-85, 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 ANTONIO FAUSTINO</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>FATI MANTINHO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58195-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3371-2234</u>
E-mail	<u>NILOTAINTAS@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Flcui/PB, 16/11/18

Assinatura do Declarante: Franisco Florentino de Souza



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Billet para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 015.101.350



Luz, Imaginação, Realização  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.098.143 / 0001-40 Inscrição Estadual 16.015.833-0

## DADOS DO CLIENTE

ANA ODENIZIA DE SOUSA  
RUA ANTONIO FAUSTINO 38  
FREI MARTINHO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/242445-5

### REFERÊNCIA

NOV/2018

### APRESENTAÇÃO

07/11/2018

### CONSUMO

44

### VENCIMENTO

14/11/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 31,45

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALHE AQUI

ANA ODENIZIA DE SOUSA

Roteiro: 03-061-635-0820

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/11/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/11/2018	R\$ 31,45	242445-2018-11-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>  
Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 35