



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	Tipo
32083 167	06/07/2020 14:00	2732408_CONTESTACAO_Anexo_01	Outros Documentos

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/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 COAF**².

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 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 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 IMMUNE 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 Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picui	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490

Picui/PB 17 de Setembro de 2018
Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Fatura Mensal

Número do Cartão: 544817XXXXXX2229
Atendimento a Clientes: 40049001
Demais Localidades: 0800 9409001 AT

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura

R\$ 679.66

Pagamento Mínimo

RS 679.66



CTC RECIFE PE PL7

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
J K
58187-000 PICUI PB



7211307021 99533 21000061661 30 060618
Vencimento: 14/06/2018 Postagem: 06/06/18 Emissão: 30/05/2018

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 0,00

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 29/06/2018

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito R\$
		Valor Original	Cotação	Débito
27/04	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			326,25 D
30/05	MULTA DE ATRASO			6,53 D
30/05	MORA			3,26 D
30/05	JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO			31,32 D
	Subtotal Nacional			367,36 D

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXXX2229

Movimentações Nacionais

30/05 ACORDO ADMINISTRATIVO 1 13/24	293,18 D
14/07 ACORDO ADMINISTRATIVO 1 11/12	18,95 D
30/05 IGF BASE DE ROTATIVO	0,08 D
30/05 IGF ADICIONAL DE ROTATIVO	0,09 D
Subtotal Nacional	312,30 D

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
1096	0

Encargos

MULTA		2,00 %
MORA		1,00 %
PARCELADO COM JUROS		5,10 %
CET PARCELADO COM JUROS		5,74 %
	Para o Período	Máx Para Período
ROTATIVO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
NAO PAGAMENTO MÍNIMO	9,60 % a.m	11,60 % a.m
SAQUES	9,75 % a.m	11,75 % a.m
SAQUES INTERNACIONAIS	8,75 % a.m	10,75 % a.m
CET ROTATIVO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CET NAO PAGAMENTO MÍNIMO	10,22 % a.m	12,22 % a.m
CET SAQUES	10,37 % a.m	12,37 % a.m
CET SAQUES INTERNACIONAIS	10,00 % a.m	12,00 % a.m

Linha de Crédito

LIMITE LINHA DE CREDITO TOTAL	R\$	3.000,00
LIMITE LINHA PARA SAQUE CASH	R\$	3.000,00
LIMITE LINHA COMP PARCELADA	R\$	3.000,00
LIMITE LINHA SAQUE CASH INTERN	R\$	5.000,00
Total de compras parceladas a vencer	R\$	3.244,01
Limite de Credito Utilizado	R\$	3.923,67

Total Nacional	9,66D
Total Internacio	0,00C
Total da Fatura	9,66D

26/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:52:26
060073579 1086

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: K C ASSESSORIA SERV LTDA
AGENCIA: 2441-4 CONTA: 9.424-2

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10490019181813870000200107615591600000000000000	
NR. DOCUMENTO	62.609
DATA DO PAGAMENTO	26/06/2018
VALOR DO DOCUMENTO	679,66
VALOR COBRADO	679,66

10 NR. AUTENTICAÇÃO C.058.1E6.4B4.933.E92

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

CAIXA

104-0

Pagador: MELO TRAGUERO DANTAS
RUA BOLDADO ZACARIAS DE MACEDO 145 JK - 58187-000 - PUELHI - PR

Nosso Número 800000010761659-0	Nº do Documento 00010761659	Vencimento 14/06/2018
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Beneficiário	
--------------	--

Endereço do Beneficiário
RMS Quadra 4, Lotes 3/4, Ass. Sul Brasília-DF, CEP: 70.092-900

1813 876 00000121 5

SAC CAIXA: (06X) 726 0191 (informações, sugestões e dúvidas)

Divulgação: 2005, (2) 74/4


www.sagepub.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 14:00:46

<http://pje.tibb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614004594900000030749424>

Número do documento: 20070614004594900000030749424

Num. 32083167 - Pág. 2

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

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
 END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
 MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA
 Raça/Cor: BRANCA
 Dt. Nasc: 06/04/1981 Idade: 37 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M
 Mãe: ANA ODENISIA DE SOUSA
 Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: 2633301
 Endereço: RUA MARCELINO BALBINO DOS SANTOS Nº: 27
 Bairro: SAO JOSE
 Município/CEP/IBGE: PICUI - PB - 58187000 - 251140
 Telefone para contato: (83) 0000-0000 / CNS: 706905121535339
 Data e Hora: 30/04/2018 10:36:07 SSVV

PESO: PA: TEMP.:
 ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Introdução e exame físico
do paciente
em acidente automobilístico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
RX do tórax
APET

RESULTADOS

PROTÓCOLO
13 SET. 2018
JOÃO PEDRO

MATERIAIS - ME
 1. *Difusão*
 2.
 3.
 4.

CARÁTER
☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS

PROCEDIMENTO
 Hospital Regional de Picuí
 Atesto conforme original
 Picuí, 06/10/2018
 Arquivo Médico
 Japonesa de Trabalho
 2108984

MEDICAÇÃO
☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HORA

SERVIÇOS REALIZADOS
 1.
 2.
 3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL
 ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE
 ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP



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 : N° 010.616.968



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.193 / 0001-60 Insc.Est. 16.015.323-0

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



VERSÃO AQUÍ

ANA ODENIZIA DE SOUSA

Roteiro: 03-081-635-0820

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

VENCIMENTO

16/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,01

MATRÍCULA

242445-2018- 06-8



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

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 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, aí, 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 Nº **2633801**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **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 RENAVAL 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:

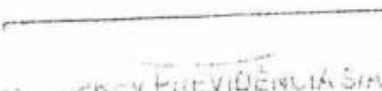
- 1 – Nome: OLIVEIROS REIS REMIGIO, R.G. n.º 857.327 2ª VIA, C.P.F. n.º 601.892.664-49.
Endereço: RUA MARCELINO BALBINO DOS SANTOS 24 BAIRRO SÃO JOSÉ - PICUÍ/PB.
2 – Nome: MARIA DAS VITÓRIAS CABRAL, R.G. n.º 2314174, C.P.F. n.º 028.945.454-95.
Endereço: RUA FRANCISCA CUNHA DANTAS 24 BAIRRO CENECISTA - PICUÍ/PB.

Nova Floresta/PB, 15 de agosto de 2018.


FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia




13 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

CPF da Vítima

013154944-85

Data do Acidente

30/09/2018

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:

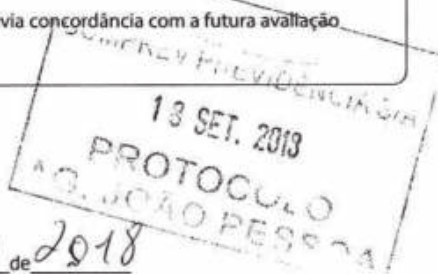
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



PICUI-15, 12 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Francisco Florentino de Souza

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**, 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





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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Francisco Florentino de Souza</u>		CPF titular da conta <u>013.154.944-85</u>	Profissão <u>Mecânico</u>
Endereço <u>Rua Antonio Faustino</u>		Número <u>38</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Frei Martinho</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58195-000</u>
Email			Telefone (DDD) <u>(83) 99912-5490</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

☒ 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 7 CONTA NRO. 11527 D/V 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome 13 SET. 2018 NRO. _____
AGÊNCIA NRO. 0000000000 CONTA NRO. 0000000000 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

FAPPF.001 V001/2017



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** 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. 00227/00228 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13484113



Rio de Janeiro, 21 de Setembro 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: 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.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 13389771

Pag. 00755/00756 - carta_01 - INVALIDEZ

00020378



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** 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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Florentino de Sousa,
brasileiro(a), solteiro, Mecânico,
portador(a) do RG nº. 2.633.801 expedido por SSP/PB em
1/1 e do CPF nº. 013.154.944-85, residente na (o)
Rua Francisco Cunha Dantas,
município de Picui - PB, CEP 58.187-000.

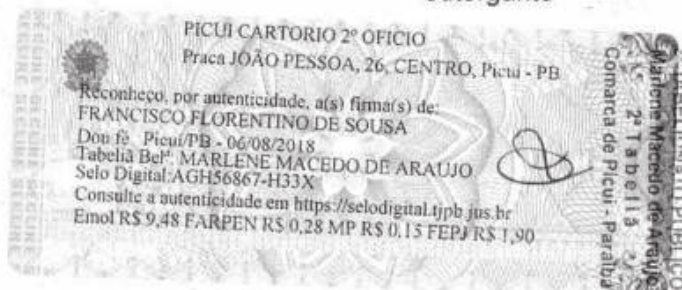
Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com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

2º TABELIONATO
PICUI - PB

Francisco Florentino de Sousa
outorgante



TABELIONATO PÚBLICO
2º Tabelião
Comarca de Picui - Paraíba

13 SET. 2018
PROTOCOLO



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

CPF de: Próprio

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 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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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 médico pericial: SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE 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 Tulio 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 médico pericial: SEM CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE 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.

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio 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 RADIO 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 EVIDENCIA PRESENÇA 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. Nexa 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 PICUI 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

(X) "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

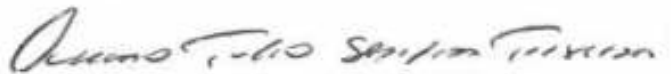
Região Corporal (Sequela):

% 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 Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

CPF de: Próprio

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 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

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

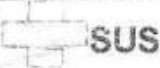


PROTOCOLO
18 SET. 2013
C. J. J. PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB		Nº 013930607661	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO	
1	0107917923-0	00/00000000	2018
NOME HILARIO DA SILVA DANTAS			
CPF / CNPJ		PLACA	
07457362460		OEZ4532/PB	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
NOVO / PB		9BD17122ZG7577799	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/AUTOMOVEL/		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
FIAT/PALIO FIRE		2016 2016	
CAP. POT. / CV		CATEGORIA	
5 P/75 /CV		PARTIC	
COR PREDOMINANTE			
PRATA			
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
00/00/0000		1*	
FAIXA LVVA		PARCELAMENTO / COTAS	
0		2*	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		04/06/2018	
OBSERVAÇÕES			
A.F. BANCO ITAUCARD S/A OBRIGATORIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL		DATA	
PICUI-PB		04/06/2018	
32875		671	



102



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDIC

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

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

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

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

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Raça/Cor: BRANCA

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

Mãe: ANA ODENISIA DE SOUSA

Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: 2633801

Endereço: RUA MARCELINO BALBINO DOS SANTOS Nº: 27

Bairro: SAO JOSE

Município/CEP/IBGE: PICUI - PB - 58187000 - 251140

Telefone para contato: (83) 0000-0000 / CNS: 706905121535339

Data e Hora: 04/05/2018 07:45:09 SSVV

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HRP

CARÁTER DI

☐ 01 - ELETIVO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALH

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAM

PROCEDIME

DIAGN

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO

☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPI

SERVIÇOS REALIZADOS:

1. _____

2. _____

3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES)

CNS

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE O

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original.

Picui, 06/06/2018

Arquivo Médico

Isaporina de Lima D. Freitas

Assessoria Adm. - 2009554


PROTÓCOLO

13 SET. 2018

RECEPCIONISTA



Vienna

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI				2 - CNES 2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE Guancuro Florentino de Sousa				4 - Nº DO PRONTUÁRIO 92576	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706905121535339		6 - DATA DE NASCIMENTO 06/04/81		7 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	
8 - RAÇA/COR				9 - NOME DA MÃE mar Odemisia de Sousa	
10 - TELEFONE DE CONTATO				11 - NOME DO RESPONSÁVEL Cláudio dos Santos Cabral	
12 - TELEFONE DE CONTATO				13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Marcelino Barbosa	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Picuí		15 - CÓD. DO MUNICÍPIO 18140		16 - UF PB	
17 - CEP 5818000					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Amarel - vom febre do 1-2-3 dias + + 50 pontos					
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Do + febre 1-2-3					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico + Rx					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Difteria A-2-3		22 - CID 10 PRINCIPAL		23 - CID 10 SECUNDÁRIO	
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento clínico 1-2-3 7-8-9					
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
27 - CLÍNICA		28 - CARACTER DE INFORMAÇÃO		29 - DOCUMENTO	
30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/05/2018		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO SEU	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CSOR	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO () CNES () CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 13 SET. 2018		51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original
Picuí, 06/06/2018
Arquivo Médico
Laponira de E. Freitas
Assessoria



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
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. 92576
Nº do Docum. 2633801

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Francisco Flaminio de Sousa
Responsável: Mãe das Vitorias Cabral

Pai: _____
Mãe: Ana Odenise de Sousa
Prof.: Agnel Data Nasc.: 06/04/81 Idade: 37
Endereço: Marcelino Balbino Nº _____
Bairro: S. José Cidade: Picuí Est. Civil: Solteiro

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fract. Rádica

Tratamento efetuado no hospital: cirúrgico

Exames realizados: _____

Internado em 04/08/18 Alta em 11/08/18 Óbito em 11/08/18

Arquivista

Médico Assistente

13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Nº	NOME: Francisco Florentino de Sousa	IDADE: 37º	PRONTUÁRIO Nº: 92.576						
				HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Gravura de núcleo	DATA DA INTERNAÇÃO: 04/05/18				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		LEITO: 08	DATA ATUAL: 04/05/18						
		EVOLUÇÃO DIÁRIA							
		HORÁRIOS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Handwritten notes in the grid:

- Row 4: 4500 500
- Row 7: 2805
- Row 9: 2605
- Row 11: 2805
- Row 12: 2805
- Row 13: 2805
- Row 14: 2805
- Row 15: 2805

Handwritten notes on the right side of the grid:

- Row 4: 500
- Row 7: 2805
- Row 9: 2605
- Row 11: 2805
- Row 12: 2805
- Row 13: 2805
- Row 14: 2805
- Row 15: 2805

Handwritten notes on the left side of the grid:

- Row 4: 4500 500
- Row 7: 2805
- Row 9: 2605
- Row 11: 2805
- Row 12: 2805
- Row 13: 2805
- Row 14: 2805
- Row 15: 2805

Handwritten notes at the bottom of the grid:

- Row 4: 4500 500
- Row 7: 2805
- Row 9: 2605
- Row 11: 2805
- Row 12: 2805
- Row 13: 2805
- Row 14: 2805
- Row 15: 2805

COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA SIM
13 SET. 2013
PROTOCOLO
10.10.2013



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME <i>Francisco Florentino de Sousa</i>		IDADE <i>37a</i>	SEXO <i>M</i>	GR. SANGÜÍNEO <i>-</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de rádio (D)</i>		CATEGORIA <i>SUS</i>	DATA <i>04/05/18</i>	
OPERAÇÃO REALIZADA <i>trat. cir. de fratura de rádio - fixação</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Raulton</i>		AUXILIAR <i>-</i>	ANESTESISTA <i>De Vênia</i>	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
CÓDIGO	<i>[Handwritten signature]</i>			
Anestesia X	200			
Oper. Intub. T	180			
Endotr. Pres. A	160			
Distal Pulso O	140			
Resp. RA	120			
Assit. Resp. RE	100			
Exhaust. Resp. RC	80			
Outr.	60			
	40			
	20			
Pré-Anestésico				
Anestesia	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Raquiana	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo
	<input type="checkbox"/> Outras			
Técnica		Venoclise		
Início	Término	Duração minutos		
AGENTES DOSES		LÍQUIDO	ML	
<i>FENTANYL 100</i>		<i>S FISIOL 0.9%</i>	<i>100</i>	
<i>PROPOFOL 200</i>				
<i>ONDANSETRONA 4</i>				
<i>KAMPTODINA 50</i>				
<i>DEXAMETASONA 10</i>				
<i>ROSEOPAM COMPLETO</i>				
<i>CEFAZOLINA 1</i>				
<div>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</div> <div>3 SET. 2013 PROTOCOLADO AG. AG. PESSOA</div> <div><i>[Handwritten signature]</i></div>				





Hospital Regional de Pícul "Felipe Tiago Gomes"

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA





FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Francisco Flaminio de Souza 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 ☒ Corticóide
☐ 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 e ulna Anestesia geral

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	DOSE / DIA	NOME	DOSE / DIA
<u>Cefalotina 1g</u>	<u>02 F/Amp</u>		
<u>Duração</u>	<u>Trans-operatório</u>		

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

Obs:

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 Flaminio de Sousa
Médico: Dr. Raulton Aux.: - Anest.: Dr. Vieira
Diagnóstico: Fratura de rádio Tratamento: CIRÚRGICO
Anestesia: Genal Início: - Término: - Enfer.: 208 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 COMPRIMIDO		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/ O2	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		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
ATROPINA		JELCO Nº			
BENZETACIL AMP		KIT METICELULOSE			
BROMOPRIDA		LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CECILANIDE 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		MICROPOR		ASPIRADOR	()
HETHERGIN		OXIGÊNIO L/M	05	BERÇO AQUECIDO	()
HIDRALAZINA		PVPI DEGERMANTE		BISTURI ELÉTRICO	()
HIDROCORTISONA AMP mg		PVPI TÓPICO		CARDIOMONITOR	()
KANAKION AMP		SCALP Nº		DEFIBRILADOR	()
LASIX AMP		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		ESFIGMOMANOMETRO	()
METRONIDAZOL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml		FOCO AUXILIAR	()
NAUSEDON 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 NASOGÁSTRICA Nº			
TENOXICAN mg		SONDA URETRAL Nº			
TRASAMIM AMP		TELA CIRÚRGICA			
VITAMINA K		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
VOLTAREN AMP					

13 SET. 2013
PROTÓCOLO
CIRCULANTE





GOVERNO DA PARAÍBA

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

DECLARAÇÃO

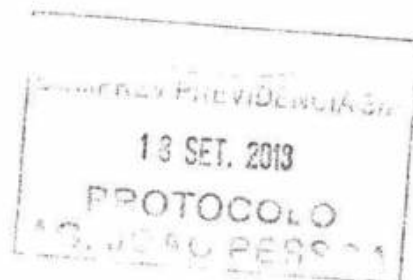
Declaro para os devidos fins que as informações necessárias estão presentes no prontuário. Cabendo a Autoridade Competente confrontar a Veracidade dos Fatos informados com os ocorridos, conforme na Ficha Ambulatorial supracitado.

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

Picuí- PB, 18 de junho de 2018 .


Laponira de Lima D. Freitas
Auxiliar Adm. - 210996-4

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15
Bairro: Monte Santo
Picuí - 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

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Luciana Florêncio portador(a) da identidade RG 552, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 15 horas, submetido(a) a Exame, portador da patologia CID-10 S52, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 dias, a partir desta data.

Picuí, 09.05.18

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

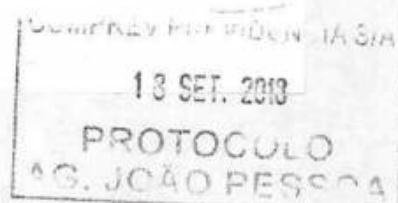
AUTORIZAÇÃO

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DP
2633801 SSP PB

CPF
013.154.944-85

DATA NASCIMENTO
06/04/1981

TRACÇÃO

ANA ODENISIA DE SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CALHA

AB

Nº PASSAPORTE
04059325708

VALIDADEZ
11/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
20/03/2007

OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
13/08/2014

Assinatura do Sinecer

55221115101
PB022771506

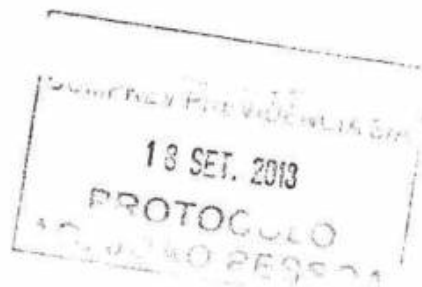
DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
971539425

PROIBIDA PLASTIFICAR
971539425

13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hilário da Silva Dantas,
RG nº 3282.099, data de expedição 25/10/2004,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.593.624-60, com
domicílio na cidade de Picuí, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Emílio Melo, nº 13,
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 Francisco F. de Sousa, cujo o condutor era
o mesmo.

Veículo: Automóvel
Modelo: FIAT PALIO
Ano: 2016
Placa: 06Z 45321PB
Chassi: 9BD37122ZG7577799
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, FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

RG nº 2633801, data de expedição / / , Órgão SSP/PB

CPF nº 013154944-85, 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>FAEL MANTINHO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58195-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3371-2274</u>
E-mail	<u>NILODANTAS@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Francisco Florentino de Sousa



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 015.101.350



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE				CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
ANA ODENIZIA DE SOUSA RUA ANTONIO FAUSTINO 38 FREI MARTINHO				5/242445-5
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2018	07/11/2018	44	14/11/2018	R\$ 31,45

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ANA ODENIZIA DE SOUSA
Roteiro: 03-081-635-0820
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/11/2018

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

