

Screenshot of a computer desktop showing a web browser with multiple tabs open, a file explorer window, and a taskbar.

The browser tabs include:

- Controle de documentos
- Sistema SAJ - Co...
- Consulta processual...
- 0000434-15.2015.8...
- 0800666-52.2020.8...
- 0800534-92.2020.8...
- (26) WhatsApp

The file explorer window shows a folder structure for a process:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11626026 - CONTESTAÇÃO
 - 11626035 - CONTESTAÇÃO (2747458 CONTESTACAO 01)
 - 11626042 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11626244 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11626249 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11626251 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The taskbar shows icons for various applications including Control Panel, Internet Explorer, File Explorer, Google Chrome, and Word.

The main content area displays a document titled "downloadBinario.seam" (page 1/10) from "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The document is addressed to "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICOS/PI". The process number is listed as "Processo: 00004341520158180057".



Número: **0000434-15.2015.8.18.0057**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Jaicós**

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Pagamento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANKLIN SILVA COELHO (AUTOR)	TIBERIO FARIA DE OLIVEIRA BISPO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11626 042	31/08/2020 11:25	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6068925

A/C: FRANKLIN SILVA COELHO

Sinistro: 3150020707
Vitima: FRANKLIN SILVA COELHO
Data Acidente: 29/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



00040666



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6154538

A/C: FRANKLIN SILVA COELHO

Sinistro: 3150020707
Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO
Data Acidente: 29/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Nome do(a) Examinado(a): Franklin Silva Coelho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Osmundo Costa, S/N
Centro Massapé do Piauí PI CEP: 64573-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.583.095
Data Local do exame: [28/01/2015] Picos [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **fratura de clavícula direita.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V*), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*)

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

bom estado geral, cirúrgico, alta definitiva em 30 de junho de 2014, sem sequelas.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

() Sim (X) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

or(a) 
Dr. W. Leal
Cardiologia Medicina Interna
CRM 1937



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/08/2020 11:25:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083111252725800000011009383>
Número do documento: 20083111252725800000011009383

Núm. 11626042 - Pág. 3



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANKLIN SILVA COELHO,RG nº 3.583.095, data de expedição 18/03/2011, Órgão SSP-PI,CPF nº 055.825.443-80, 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 terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Osmundo Costa</u>	PERSONAL REGULARIZADA
Número	<u>511</u>	08 JAN 2015
Apto / Complemento		RECEBIDO
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade/município	<u>Mansapão do Piauí</u>	
Estado	<u>Piauí</u>	
CEP	<u>64.573-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(89) 9401-8039 (Dr. Rômulo)</u>	
E-mail	<u>romulobacelar@bol.com.br</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tricôs-PI, 04 de novembro de 2014.Assinatura do Declarante: X Franklin Silva Coelho



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série G-
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/05/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
os seguintes dados:
1077929-9

Nº da Nota Fiscal: 000440290
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

REGISTRO DE CONSUMO (kWh) - ROTINA PAGAR (RS) 9

CONTAMÉS VENCIMENTO

AGOSTO/2014 21/08/2014 160 55,69

FRANCISCO SILVA COELHO
R. OSWALDO COSTA S/N PROX A DELEGACIA B-URBANO

DIAS DE FETURAÇÃO		DATA DA LEITURA	
Atual:	7107	Atual:	14/08/2014
Anterior:	6947	Anterior:	14/07/2014
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/09/2014
Consumo Medido:	160	Emissão:	14/08/2014
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	14/08/2014

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: 1000

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDOR

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Peso	Código Faz.	Média 12 meses
RESID_BX_RENDA	MONO	A977073	1.4.1.1	154	

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,147569 = 4,42	70 A R\$ 0,252970 = 17,70	60 A R\$ 0,379462 = 22,76	5,10	23,77	18,06
JUL/14 169	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)						
JUN/14 165	DIFERENCA DE TARIFA						
MAI/14 183	SUBVENCAO BAIXA RENDA						
ABR/14 137							
MAR/14 126							
FEV/14 158							
JAN/14 173							
DEZ/13 151							
NOV/13 152							
OUT/13 158							
TIFFA SEM TRIBUTOS:							
8 R\$ 30 - 0,112030							
31 R\$ 108 - 0,152630							
161 R\$ 160 - 0,259630							

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 07/2014 57,51 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/08/2014, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá anular também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 128,89 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1

RESERVADO AO FISCO		8619 8343 1162 5099 5525 9207 8E16		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					
Distribuição:	24,76	Base de Cálculo:	68,65		
Energia:	22,01	Alíquota ICMS:	20,00%		
Transmissão:	1,69	Valor do ICMS:	13,73		
Encargos:	3,66	Valor do PIS:	0,50		
Tributos:	16,53	Valor do COFINS:	2,30		
INDICADORES DE CONTINUIDADE:					
	DIC	FIC	DMIC	DICI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	7,26	14,53	29,06	3,85	7,71
Realizado	0,00			0,00	0,00
Conjunto	Período de apuração: 06/2014				EUSD: 22,86
PICOS-JUNCO					





Assinatura paciente/Responsável

Kewisco silva ~~col~~ no

ИМЯ-ФИО-ГРУППА-ПОДГРУППА





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
ANTENOR NEIVA,
- BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
HOSPITAL REGIONAL CNPJ: 06.553.564/0102-81
JUSTINO LUZ (89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0134545
Data: 29/05/2014
Funcionario: MARIA

Registro: 3023
Hora: 08:44
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS



Senha 53

FRANKLIN SILVA COELHO

Nasc.: 05/03/1995 Idade: 19 ANOS, 2 MESES, 24 DIAS Profissão:
End.: OSMUNDO COSTA, 0 - Bairro: CENTRO
IBGE: 2206050 Cor: PARDA Mãe: FILOMENA JOANA SILVA COELHO
Telefone: () Celular: (89) 9405-6886

CPF: - RG: 3583095 - SUS: 700006371299500
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64573-000
Cidade: MASSAPE DO PIAUI/PI
Pai: FRANCISCO SILVA COELHO

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 1 - HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Responsavel: FRANKLIN SILVA COELHO - O MESMO

Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

29/05/2014 8:44 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (I 223505
29/05/2014 8:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

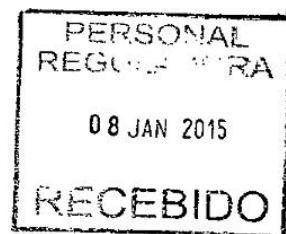
Sem Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR MEMBRO SUPERIOR

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:



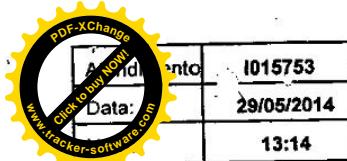
Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Responsavel: FRANKLIN SILVA COELHO

1 - HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI



BOLETIM DE ADMISSÃO

302301 - FRANKLIN SILVA COELHO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 05/03/1995 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,2 MESES,24 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/63 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO Médico: 2959 - RUBEM PINHEIRO DO NASCIMENTO

CPF: RG: 3583095 CNS:700006371299500 SIS Prenatal:

Endereço: OSMUNDO COSTA, N° 0 - CEP: 64573-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2206050- MASSAPE DO PIAUI/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9405-6886

Pai: FRANCISCO SILVA COELHO Mãe: FILOMENA JOANA SILVA COELHO

Responsável: FRANCISCO SILVA COELHO - PAI

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado

Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

-48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

08/01/2015	08 JAN 2015
RECEBIDO	
Diagnóstico Provável	

RUBEM PINHEIRO DO NASCIMENTO

CHM 213
L e Patal
am 213





"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Paciente
FRANKLIN SILVA COELHO



, abaixo qualificado,

Responsável	Parentesco		Telefones
FRANCISCO SILVA COELHO	PAI		
Paciente FRANKLIN SILVA COELHO	Nascimento 05/03/1995		RG 3583095
Endereço OSMUNDO COSTA	Leito C13/63	Enfermaria 13	ORTOPEDIA - M

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, sediado a ANTENOR NEIVA, 184 de PICOS.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

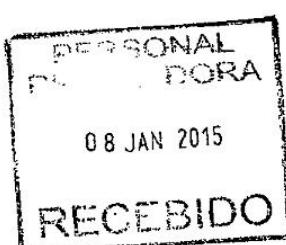
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

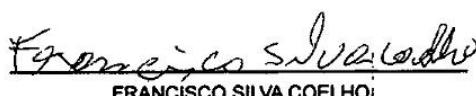
Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

PICOS, 29 de maio de 2014




FRANCISCO SILVA COELHO

Testemunha
Nome: _____
RG: _____

Testemunha
Nome: _____
RG: _____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"
PICOS - PIAUÍ

3

LAUDO CIRÚRGICO

Paciente	Franklin Silva Lelis
Médico	DR. RUBEM PINHO Ortopedista Traumatólogo CRM-2859-PI / 1500000011009383 TEOT - 11336
1º Assistente	
2º Assistente	
Anestesista	
Diagnóstico pós-operatório	<p>Franco de ósseo osteomíte</p>
do de Cirurgia	PERSONAL F. P. M. - M. G. R. A. 08 JAN 2015
Diagnóstico pós-operatório	

RECLUIDO

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- ① Fazente seu desabrochado
- ② Parapla e antebraço
- ③ Abertura do CD
- ④ Tumor ligamentário anterior
- ⑤ Remoção do fôrno do paciente.
- ⑥ Fechado da ferida
- ⑦ Sutura de fôrno interno
- ⑧ Sutura por planiforte

TÉCNICA: (Ligadura, Sutura, Fechamento e Drenagem) <

Dr. Rubem Pinho
Ortopedista Traumatólogo
CRM-2859-PI / 1500000011009383
TEOT - 11336

GRAFICA BRITO 8913422000





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
SESAPI - Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C 06.553.564 / 0102 - 81
Pça Antenor Neiva, 184
Fones: (0xx89) 3422 - 1314 / 1670
CEP 64.600 - 000 - Picos - PI



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS - PI**

SERVICO RADIOLÓGICO

NOME. FRANKLIN SILVA COELHO 11/07/2014

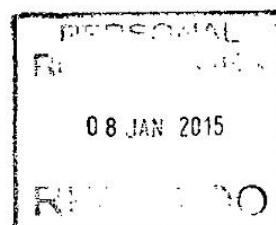
EXAME: CLAVICULA DIREITA

MEDICO RUBEM

COMPETENCIA: JULHO 2014

LAUDO

RATURA NA CLAVICULA DIREITA CONTIDA POR HASTE METALICA.



**DR. LARISSA MACÉDO SOARES
RADIOLOGISTA CRM-3930-PI**





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PIROS - PI.**

Franklin Silvia ~~Franklin~~





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"
PICOS - PIAUÍ**

Impresso: GRÁFICA BRITO (49) 3422-0200

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/08/2020 11:25:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083111252725800000011009383>
Número do documento: 20083111252725800000011009383

Nº 11626042 - Pág. 13



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS		NOME <i>Franklin Silva Soelho</i>					
Data <i>21/08/2020</i>	P. Material Exame de Sangue Exames de Urina	Pulso Hematometria	Respiração Hemoglobina	Temperatura Hemacocito	Peso Glicemia	Altura Dos. Ureia	
Digestivo							
Respiração			Asma		Bronquite		
Sistema Respiratório			Streptococcus		Catarricidas	Atarrádicos	
Sistema Digestivo					Riso	Outros	
Intestino					Efeitos		
Diagnóstico Operação Procedimento (Anotações e Dados)						Total e Doses	
Agente Anestésicas	Oxigênio	<i>16.00 17.00</i>				<i>Isoprox 1/4C 100mg Fentanyl 50ug midazolam 150ug</i>	
	1						
	2						
	3						
Líquidos	Soltos 500						
	400						
Sangue	300						
	200						
outros 100	100						
Temperatura		26					
		24.5					
		23					
		21					
		19					
		17					
		15					
		13					
		11					
		9					
		7					
		5					
		3					
		1					
		0					
Pulseira		10					
		12					
		14					
		16					
		18					
		20					
		22					
		24					
		26					
Símbolos		<i>50</i>	<i>150</i>			Duração <i>1hr</i>	
Técnicas:		<i>Bloqueio de plexo braquial via intercostânea</i>				Incidente - Acidente	
Operações:		<i>Ribeirão</i>					
Cirurgião:		<i>Osvaldo de Souza D.</i>					
Anestesia:		<i>Womble Bettle</i>					
Particularidade:						Condições pós-oper imediatas	

EDNA SOARES COUTINHO 31/08/2020 - PMS-PI





- DR. WILTON COUTINHO SILVA –
CRM PI 4483

Av. Cel. Aristides Mendes nº 475 – Serranópolis – Fone: (89) 9910-1515 – Jaicós - PI

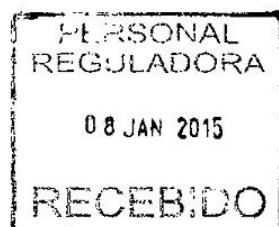
Nome: FRANKLIN SILVA COÊLHO

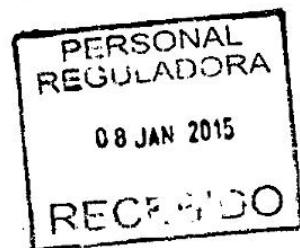
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de moto dia 29/05/2014, conforme boletim de ocorrência, apresentando em decorrência do trauma: fratura de clavícula direita. Submetido à tratamento cirúrgico para osteossíntese da fratura com redução e com interposição de fio intramedular. Ao final do tratamento, o paciente apresenta ao exame físico e clínico: deformidade local, dor e edema residual, limitação funcional ao realizar esforços físicos no membro afetado. O paciente está de alta definitiva.

Jaicós (PI), 12 de Novembro de 2014.

DR. WILTON COUTINHO SILVA
CRM: 4483





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/08/2020 11:25:28
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008311125272580000011009383
Número do documento: 2008311125272580000011009383

Num. 11626042 - Pág. 16

**Ministério da Fazenda**
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 055.825.443-80

Nome da Pessoa Física: FRANKLIN SILVA COELHO

Situação Cadastral: REGULAR

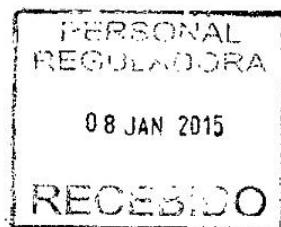
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:06:39 do dia 25/10/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1CED.184A.16D9.8FB1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN-PI
00014094

Nº 4180452331

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM

734713142

EMILIO WILLIAM PEREIRA DA SILVA

R. LUIS NUNES
SAO JOSE

00556

PI

59206675320

LWH-3734

NAME ANTERIOR

UF

9E2JC3010YR065133

PAS/MOTOCICLO

FUVE/VEL
GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS

2000

2000

002P/124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR FUNDIMINANTE
PRATA

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA
BANCO BRADESCO S/A

Alcindo Rodrigues Queiroz
Diretor Geral - DETRAN-PI

DATA
09/05/2000

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VÉHICULO
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO (DETAN-PI) A TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR-R\$



NOME DO COMPRADOR

RG:

CPF/CGC:

ENDERECO:

LOCAL E DATA:

Emilio William Pereira da Silva

ATENÇÃO:
a) O VENDEDOR SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DO REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME.
b) A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO CÓPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

08 JAN 2014

DUT

1004032





Relatório dos Documentos Recebidos

Personal
Reguladora de Sinistros DPVAT

<http://www.personaldpvat.com.br/volucion/personal/pro>

OUTROS



1004054



Relatório dos Documentos Recebidos

Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO

Nº: 3150020707

Natureza: Invalidez Parcial

Data do Sinistro: 29/05/2014

Seguradora: 6084 - MBM Seguradora S/A

Documentos Recebidos

- **Boletim de Ocorrência**
- **Ficha de Atendimento Médico/Hospitalar (FAA)**
- **Outros**
DOCUMENTAÇÃO MEDICA
- **Relatório Médico**
- **Documentos de Identificação**
RG-CPF
- **Dut do veículo**
- **Laudo do IML- Lesões Corporais**
DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML
- **Autorização de Pagamento**
BCO.001-AG.2203-9-C/C.17880-2-COMPROVANTE BANCARIO ANEXO
- **Declaração de Residencia**
C/COMPROVANTE
- **Outros**
ENDERECO E FONE PARA AGENDAMENTO DE PERICIA MEDICA
- **Outros**
PROCESSO DIGITALIZADO



08/01/2015 09:40



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/08/2020 11:25:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083111252725800000011009383>
 Número do documento: 20083111252725800000011009383

Num. 11626042 - Pág. 19



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

EU, **FRANKLIN SILVA COELHO**, natural de Jaicós-PI, nascido em 05-03-1995, solteiro, estudante, filho de Filomena Joana Silva Coelho e Francisco Silva Coelho, RG 3.583.095-SSP-PI, expedida em 18-03-2011, CPF 055.825.443-80, residente à rua Osmundo Costa, s/n, centro, Massapê do Piauí-PI, CEP.: 64.573-000, **DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE ESTOU IMPOSSIBILITADO DE APRESENTAR O LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PARA FINS DE REQUERIMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, (LEI 6.194/74); UMA VEZ QUE:**

(X) NÃO HÁ INSTITUTO MÉDICO LEGAL NO MUNICÍPIO DE MINHA RESIDÊNCIA.

COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE, CAUSADA DIRETAMENTE POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, SOLCITO QUE ESTA DECLARAÇÃO PERMITA O PROSSEGUIMENTO À ANÁLISE DE MINHA DOCUMENTAÇÃO SEM APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL – IML, CONCORDANDO, DESDE JÁ, EM ME SUBMETER À PERÍCIA MÉDICA ÀS CUSTAS DA SEGURADORA LIDER DPVAT, PARA A CORRETA AVALIAÇÃO DA EXISTÊNCIA E AFERIÇÃO DO GRAU DA LESÃO, OU LESÕES, PARA FINS DO § 1º DO ART. 3º DA LEI 6.194/74.

DECLARO, AINDA; ESTAR CIENTE DE QUE A AUTORIZAÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO DESSA PERÍCIA MÉDICA, NÃO SIGNIFICA PRÉVIA CONCORDÂNCIA COM A FUTURA AVALIAÇÃO MÉDICA OU RENÚNCIA AO DIREITO DE IMPUGNÁ-LA, CASO DISCORDE DO SEU CONTEÚDO.

Jaicós-PI, 29 de 10 de 2014.



Franklin Silva Coelho



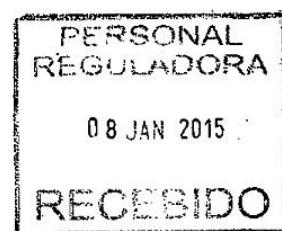


**EM CASO DE AGENDAMENTO DE PERÍCIA, GENTILEZA
AVISAR PARA:**

VÍTIMA: FRANKLIN SILVA COELHO

Endereço: rua Antenor Neiva, 413, bairro Serranópolis,, Jaicós-PI, CEP.: 64.575-000. FONE PARA CONTATO: 0XX (89) 9401-8039 (falar com Rômulo).

Local mais próximo para perícia: cidade de Picos-PI.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 315 020707

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANKLIN SILVA COELHO

POR TADOR(A) DO RG Nº 3.583.095 EXPEDIDO POR SSP - PI EM 18/03/2011 E

CPF 05582544380 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANKLIN SILVA COELHO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

PERSONAL
REGULADORA

08 JAN 2015

REMESSA

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS) Banco do Brasil S/A
BANCO 001 • AGÊNCIA 2203-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 17.880-2
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Jaicós - PI

DATA 24/10/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Franklin Silva Coelho

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO





Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

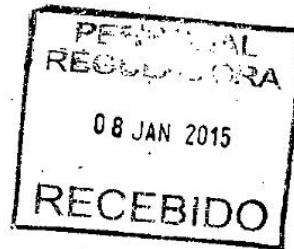
Agência : 34302069-AC MASSAPE DO PIRUI
Terminal: 34320601 Id. Trx.: 152155
Nro Aut : 160215 Caixa : 05285580
Data : 02/10/2014 Hora : 18:02
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
5757808414 0229
SAC BB 0800 729 0722
CONPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: FRANKLIN SILVA COELHO
AGÊNCIA: 2203-9 CONTA: 17.880-2

DATA 02/10/2014
NR. DOCUMENTO 57.578.094.140.229
VALOR DINHEIRO 20,00
VALOR TOTAL 20,00

NR. AUTENTICAÇÃO C.83E, 11C, B03, DCE, 0F9





CORRENCIA



1004026



3150020707



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTANA-PI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JAICÓS-PI

Av. Cel. Aristides Mendes, 536, bairro Serranópolis, Jaicós-PI, fone 031 89 3457 1115.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Certifico que, consultando os arquivos desta delegacia de polícia civil, fora encontrado na Pasta de registro de Ocorrências Policiais, a ocorrência s/n/2014, contendo o seguinte teor:

"Aos vinte e quatro dias do mês de outubro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de Jaicós-PI, na delegacia de polícia civil, onde presente se encontrava o **Bel. Antonio Nilton Alves de Moura, delegado titular**, ai chegou ao conhecimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 6:00h do dia 29-05-2014, próximo ao matadouro público de Jaicós-PI, zona urbana, onde foi vítima, **FRANKLIN SILVA COELHO**, natural de Jaicós-PI, nascido em 05-03-1995, solteiro, estudante, filho de Filomena Joana Silva Coelho e Francisco Silva Coelho, RG 3.583.095-SSP-PI, expedida em 18-03-2011, CPF 055.825.443-80, residente à rua Osmundo Costa, s/n, centro, Massapê do Piauí-PI, CEP.: 64.573-000, Que na oportunidade do acidente a vítima pilotava a moto, Honda/CG 125/TITAN, ANO 2000, DE COR PRATA, PLACA LWH-3734, CHASSI 9C2JC3010YR065133, RENAVAM 734713142, em nome de **EMÍLIO WILLIAM PEREIRA DA SILVA**, CPF 592.066.753-20, Que na oportunidade do acidente a vítima pilotava sua moto no bairro Matadouro, nesta cidade, quando, ao passar sobre uma lombada no leito da via; perdeu o controle da moto e caiu, sofrendo lesões corporais. Era o que havia a certificar. O referido é verdade e dou fé.

Resp. pelo registro: **Bel. Rómulo Carvalho de Souza**
Agente de Polícia Civil
Mat. 086730-6





CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR**

**12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTANA-PI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JAICÓS-PI**

Av. Cel. Aristides Mendes, 536, bairro Serranópolis, Jaicós-PI, fone 031 89 3457 1115.

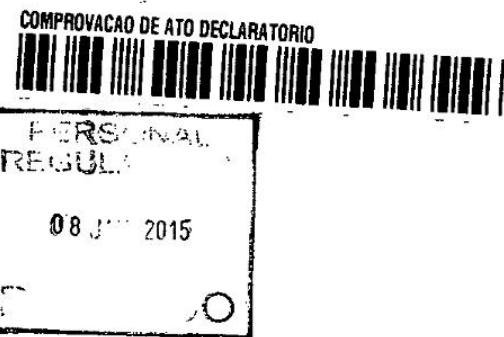
DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins que, nesta cidade e comarca; e micro região não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (IML)** sendo que somente em Teresina-PI, há 350 km desta cidade é que existe tal instituto; ao lado da Academia de Polícia Civil de do Piauí, no bairro Sacy. Era o que havia a certificar. O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia Civil de Jaicós-PI, 24/10 de 2014.

Visto da autoridade policial:





À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat
Rio de Janeiro - RJ
Ref.: Sinistros 3150020707

Prezados Senhores,

Cumpre informar que a cidade de Jaicós-PI.,não conta com recursos humanos, materiais e técnicos para cumprir a determinação expressa na Carta Suptec 05/2014, a qual exige a apresentação de prova de ocorrência policial efetuado na época do acidente, na ocasião em que os acidentes de trânsito são comunicados pelo departamento policial por intermédio de Boletim de Ocorrência Declaratório Circunstanciado, porquanto que, o município em questão não conta com atendimento dos órgãos reclamados, quais sejam:

- 1 - Anjo do Asfalto
- 2 - Corpo de Bombeiros
- 3 - Samu
- 4 -Atendimento ou Remoção por Polícia Rodoviaria
- 5 -Comunicado às Companhias de Seguros





6 - Remoção pela Defesa Civil

E, em razão da precariedade administrativa da região Norte/Nordeste, a polícia administrativa judiciária, composta das delegacias distritais e seccionais municipais e estaduais, não tem suporte humano, material e técnico para transformar os acidentes de trânsito sem vítimas fatais em inquéritos policiais, posto que, o JECRIM - Juizado Especial Criminal, não está devidamente instalado e atuante na localidade, é o Detran de cada cidade quem comanda as operações relacionadas ao trânsito e não a Polícia.

E, uma vez que a precariedade administrativa se faz presente, requer-se o afastamento, neste caso em concreto, das exigências impostas pela Carta Suptec 005/2014, posto que, da redação da Lei n 6.194/74, em seu artigo 5º. Abaixo transcrito:

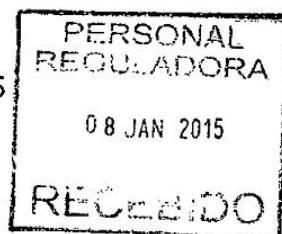
Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Na expectativa de se ver superado o obstáculo imposto, epara que os beneficiários tenham seus direitos preservados,

Aguardo deferimento.

São José do Rio Preto, 08 de Janeiro de 2015

Dr. Reynaldo Cruz Barochelo
OAB/SP 324.982



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150020707 **Cidade:** Jaicós **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO **Data do acidente:** 29/05/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150020707 **Cidade:** Jaicós **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO **Data do acidente:** 29/05/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de clavícula direita

Descrição do exame Sem sequela permanente
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, alta definitiva em 30 de junho de 2014, sem sequelas

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 28/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: WINDENBERG MONTEIRO

CRM do médico: 1937

UF do CRM do médico: PI

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

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

