

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO FLORENTINO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 013 154 944 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura TRAFICANTE 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 Picuí	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490

Picuí/PB 17 de Setembro de 2018

Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 544817XXXXX2229

Atendimento a Clientes: 40049001

Demais Localidades: 0800 9409001

Vencimento da Fatura

14/06/2018

Total da fatura

R\$ 679,66

Pagamento Mínimo

R\$ 679,66

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS 544817XXXXX2229**Movimentações Nacionais**

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

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

26/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 17:52:26
060073579 1088

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10490001918181387000020018761659100000000000000
NR. DOCUMENTO 82.689
DATA DO PAGAMENTO 26/06/2018
VALOR DO DOCUMENTO 679,66
VALOR COBRADO 679,66

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

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

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador



CTC RECIFE PE PL7
NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145
J K
58187-000 PICUI PB



7211307021 89533 21000061861 30 060618
Vencimento: 14/06/2018 Postagem: 08/06/18 Emissão: 30/05/2018

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 Próx 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 CRÉDITO 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 Crédito Utilizado	R\$	3.923,67

CAIXA

104-0

Pagador NILO TRIGUEIRO DANTAS

RUA ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 J K - 58187-000 - PICUI - PB

Nosso Número: 60000010761659-0

Nº do Documento

00010761659

Vencimento

14/06/2018

Beneficiário

CARTÕES CAIXA - 00 Ino 395/0091-04

Endereço do Beneficiário

305 Quadra 4, Lotes 3/4, Ass Sul Brasília/DF, CEP: 70.092-900

Agência / Código do Beneficiário

1813.870.00000191-5

SAC CAIXA: (0800) 726 0181 (informações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência audiotivo ou de fala: (0800) 726 2492

Ouvidoria: (0800) 725 7474

caixa.gov.br



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: 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: 30/04/2018 10:36:07

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Nota de encaminhamento
do paciente
EM ACIDENTE (MOTOCICLETA)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
RxDto. Laboratório
APET*

RESULTADOS

MATERIAIS - ME

1. *D. 10/06/2018*
- 2.
- 3.
- 4.

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

PROCEDIMENTOS

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme original
Picuí, 06/06/2018
Arquivo Médico
Assinatura de [Assinatura] 21/09/2018

MEDICALIZAÇÃO:

- ☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPIZ

SERVIÇOS REALIZADOS

1.

--	--	--	--	--
2.

--	--	--	--	--
3.

--	--	--	--	--

ASS. DO(S) PROFISSIONAL

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE
F. R. M. S. C.
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 010.616.968

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

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
AGO/2018	09/08/2018	35	16/08/2018	R\$ 23,01

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ANA ODENIZIA DE SOUSA

Roteiro: 03-081-635-0820

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
16/08/2018	R\$ 23,01	242445-2018- 06-8



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:

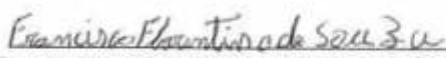
1 – Nome: OLIVEIROS REIS REMIGIO, R.G. n.º 857.327 2ª VIA, C.P.F. n.º 601.892.664-49.

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.

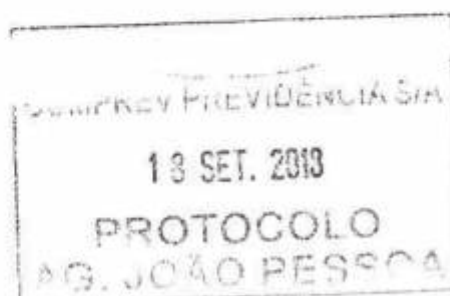
Endereço: RUA FRANCISCA CUNHA DANTAS 24 BAIRRO CENECISTA - PICUÍ/PB.

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:

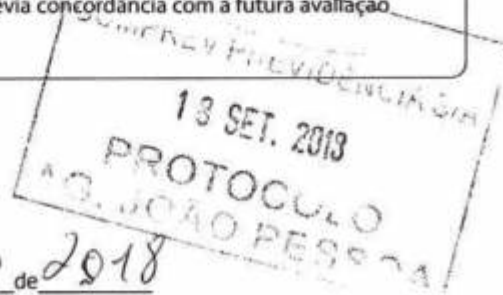
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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

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

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 Francisco Florentino de Souza		CPF titular da conta 013.154.944-85	Profissão Mecânico
Endereço Rua Antonio Faustino		Número 38	Complemento
Bairro Centro	Cidade Frei Bonfim	Estado PB	CEP 58195-000
Email			Telefone (DDD) 183199912-5490

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4916 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 11527 (Informar dígito se existir)		D/V 7 (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 		D/V 	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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

Francisco Florentino de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Sinistro: 3180434361

Vítima: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Data do Acidente: 30/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180434361

Vitima: FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

Data do Acidente: 30/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.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



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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Florentino de Sousa,
brasileiro(a), solteiro, Advogado,
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 Picuí - 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, Picuí – 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.

Picuí - PB, 06 de agosto de 2018

2º TABELIONATO
PICUI - PB



Francisco Florentino de Sousa
outorgante



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 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.

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

[☒] 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 [☒] 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

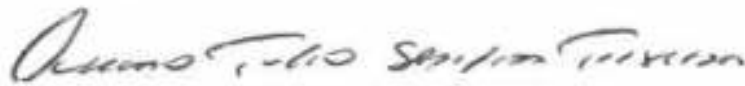
Região Corporal (Sequela):

% 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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013930607661

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PRIT 20182600000930-9 EXERCÍCIO

1 0107917923-0 00/00000000 2018

NOME

HILARIO DA SILVA DANTAS

CPF / CNPJ

07457362460

PLACA

OEZ4532/PB

PLACA ANT. UF

NOVO

PB

CHASSI

9BD171222G7577799

ESPECIE TIPO

PAS/AUTOMOVEL/

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

FIAT/PALIO FIRE

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2016

CAP. POT. / CL

5 P/75

/CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRATA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

1º

I
P
V
A

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

04/06/2018

OBSERVAÇÕES

A.F. BANCO ITAUCARD S/A OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSPERENCIA

LOCAL

PICUL-PB

DATA

04/06/2018

32875



Assinatura
Assinatura do Titular do Veículo
Data de Assinatura: 04/06/2018

671

DETRAN

L
A
C
R
E

0
0
4
3
3
4
0
0
9
1

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO
AUTOMOTIVO

PB Nº

VIA

1

074

REN

0107917

ANO FAB

2016

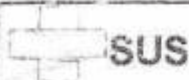
FN

CUSTO DO

S

COTA

PROTÓCOLO
18 SET. 2018
DETRAN - PB
DETRAN - PB



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDIC

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE 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)

[Handwritten signature]

PROTÓCOLO
13 SET. 2018
JUCAO PESSOA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- ☐ 01 - ELETIVO CARÁTER D
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABAL
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAM

PROCEDIME

[Handwritten signature]

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

[Handwritten signature: Maria das Vitorias Ca]
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

Hospital Regional de Picui
Atesto conforme o original.
Picui, 06/06/2018
Arquivo Médico

[Handwritten signature]
Laponira de Lima D. Freitas
Auxiliar Adm - 210936-4



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

Guancarlo Florentino de Sousa

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

92576

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70690512135339

6 - DATA DE NASCIMENTO

06/04/81

7 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Sra. Odemisia de Sousa

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Mauro dos Santos Cabral

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Marechal Balbino

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - CÓD. DECE MUNICÍPIO

88140

16 - UF

PB

17 - CEP

5818000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acute - com febre
A - 2,0 D - 1,5
+ 50 p/min

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor + febre A - 2,0

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico + Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumo A - 2,0

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico A - 2,0 9/8/13

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/2013

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 BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CMAT DA EMPRESA

42 - CSOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

13 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



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 Florêncio de Souse

Responsável: Mãe dos Vitorias Cabral

Pai: _____

Mãe: Ana Odenise de Sousa

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

Endereço: Marcelino Balbino Nº _____

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

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fract. Rido

Tratamento efetuado no hospital: cirúrgico

Exames realizados: _____

Internado em 04/08/18 Alta em 1 Obito em 1

Arquivista

Médico Assistente

13 SET. 2018

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA

NOME: Francisco Florentino de Sousa		IDADE: 37º		PRONTUÁRIO Nº: 92.576					
HÍPÓTESES DIAGNÓSTICAS:		ENFERMIA: 208		DATA DA INTERNAÇÃO: 04/05/18					
Prescrição de médico		LEITO: 02		DATA ATUAL: 04/05/18					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DIÁRIA					
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Paula Acun
 profun 1040 D
 profun 1040
 prof. 1040

13 SET. 2013
 CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
 13 SET. 2013

13 SET. 2013

13 SET. 2013

COMPREVEVIDENCIA SIM
 13 SET. 2013
 PROTOCOLO
 10.1020 PER 00A



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Francisco Flautino de Sousa</u>		IDADE <u>37a</u>	SEXO <u>M</u>	GR. SANGÜÍNEO <u>-</u>																								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de rádio (D)</u>		CATEGORIA <u>SUS</u>	DATA <u>04/05/18</u>																									
OPERAÇÃO REALIZADA <u>trat. cir. de fratura de rádio e fixação</u>																												
CIRURGIÃO <u>Dr. Raulton</u>		AUXILIAR <u>-</u>	ANESTESISTA <u>Dr. Vieira</u>																									
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">AGENTES VOLUNTÁRIOS</th></tr><tr><th>CÓDIGO</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>Anestesia X</td><td>200</td></tr><tr><td>Oper. Intub. T</td><td>180</td></tr><tr><td>Endotr. Pres. A</td><td>160</td></tr><tr><td>Distal Pulso O</td><td>140</td></tr><tr><td>Resp. RA</td><td>120</td></tr><tr><td>Assist. Resp. RE</td><td>100</td></tr><tr><td>Distal. Resp. RC</td><td>80</td></tr><tr><td>Outr.</td><td>60</td></tr><tr><td></td><td>40</td></tr><tr><td></td><td>20</td></tr></tbody></table>					AGENTES VOLUNTÁRIOS		CÓDIGO		Anestesia X	200	Oper. Intub. T	180	Endotr. Pres. A	160	Distal Pulso O	140	Resp. RA	120	Assist. Resp. RE	100	Distal. Resp. RC	80	Outr.	60		40		20
AGENTES VOLUNTÁRIOS																												
CÓDIGO																												
Anestesia X	200																											
Oper. Intub. T	180																											
Endotr. Pres. A	160																											
Distal Pulso O	140																											
Resp. RA	120																											
Assist. Resp. RE	100																											
Distal. Resp. RC	80																											
Outr.	60																											
	40																											
	20																											
Pre-Anestésico																												
Anestesia ☐ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outras																												
Técnica			Venoclise																									
Início		Término	Duração minutos																									
AGENTES DOSES		LÍQUIDO	ML																									
<u>FENTANYL 100</u>		<u>5</u>	<u>100</u>																									
<u>PROPOFOL 200</u>																												
<u>ONDANSETRONA 4</u>																												
<u>KANFLOINA 50</u>																												
<u>DEXALFETONA 10</u>																												
<u>ROSEOPAM COM PLÁCIDO</u>																												
<u>CEFAZOLINA 1</u>																												
Assinatura: <u>Dr. Vieira</u> 3 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA																												
OBS:																												



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Francisco Jacinto de Sousa			
Data da operação: 04/05/18		Enf.: 208	Leito: 02
Operador: Dr. Bailton		1º Auxiliar: —	
2º Auxiliar: —	3º Auxiliar: —	Instrumentador: —	
Anestesista: Dr. V. Vieira		Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-operatório: Tumor Adeno			
Tipo de operação: Tumor - amputação e fecho adeno (8x)			
Diagnóstico Pós-operatório: —			
Relatório Imediato do Patologista: —			
Exame Radiológico no Ato: —			
Acidente durante a operação: —			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Amputação do tumor
Drenagem
Ligadura
Recos e amputação
Sutura por curativo
Tubo
Gaucho

[Signature]

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
13 SET. 2013
PROTOCOLO
10.3040 PESSOA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Francisco Ildefonso de Souza Idade 87a Sexo ☒ M ☐ F ☐

Admissão 04/05/18 Clínica Cirúrgico Ala ortopedica Enf. 208 Leito 02

Diagnóstico fratura de rádio (D)

Infecção ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária

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

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

Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Tret. cir. fratura de rádio e ulna Anestesia geral EV

Data 04/05/18 Tempo 30 min

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

EQUIPE

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

RAIO X NA SALA ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO ☒ Profilático ☒ Terapêutico

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

BACTERIOLOGIA			
GRAM ☐ Sim ☐ Não		CULTURA ☐ Sim ☐ 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 Flautino de Sousa
 Médico: Dr. Ralton Aux.: - Anest.: Dr. Vívica
 Diagnóstico: Fratura de rádio D Tratamento: CIRÚRGICO
 Anestesia: geral 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/ 02	01	PROLENE Nº	
LIDOCAINA		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NARCAN AMP		CLOHEXIDINA	05	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº	
NILPERIDOL AMP		COMPRESSA GRANDE	05	VICRYL Nº	
PANCURON AMP		DEPOSITO ANATOMOPATOLOGICO P.M.G.			
PROPROFOL AMP	05	DRENO			
QUELICIN		DRENO HEMOVAC/SUCÇÃO 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			
CEDILANIDE AMP		LÂMINA DE BISTURI Nº15			
CEFALOTINA 1g F/AMP	02	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
CEFTRIAXONA 1g		LENTE INTRA OCULAR			
CIMETIDINA AMP	01	LUVAS Nº 6,5			
DECADRON AMP	01	LUVAS Nº 7,0	01		
DIPIRONA AMP		LUVAS Nº 7,5			
EFEDRINA AMP	01	LUVAS Nº 8,0			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 8,5			
GARAMICINA AMP mg		LUVAS P/PROCEDIMENTO		EQUIPAMENTOS	
GLICOSE AMP		MICROPORE		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 DESCARTÁVEL 1 ml		ESFIGNOMANOMETRO	()
METRONIDAZOL AMP		SERINGA DESCARTÁVEL 10 ml		FOCO AUXILIAR	()
NAUSEDRON AMP	01	SERINGA DESCARTÁVEL 20 ml	01	FOCO CENTRAL	()
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ml		OXIMETRO DE PULSO	()
OXITOCINA		SERINGA DESCARTÁVEL 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. 2010
 PROTOCOLO
 CIRCULANTE



GOVERNO DA PARAÍBA

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

DECLARAÇÃO

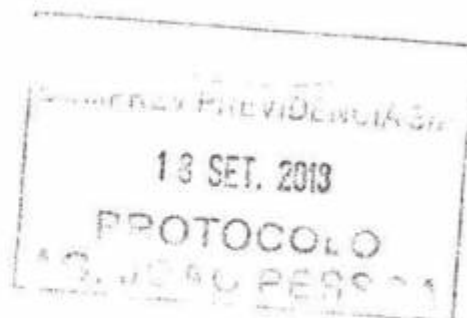
Declaro para os devidos fins que as informações necessárias estão presentes no prontuário. Cabendo a Autoridade Competente confrontar a Veracidade dos Fatos informados com os ocorridos, conforme na Ficha Ambulatorial supracitado.

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 Florentino Norberto portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, submetido(a) a _____, portador da patologia CID-10 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)

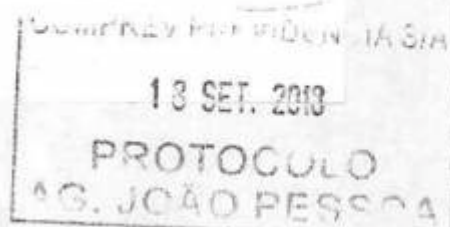
AUTORIZAÇÃO

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CANTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
 FRANCISCO FLORENTINO DE SOUSA

DOCUMENTO / OUT. EMISSOR
 2633801 SSP PB

CPF
 013.154.944-85

DATA NASCIMENTO
 06/04/1981

TRACÇÃO

ANA ODENISIA DE SOUSA

PERMISSÃO ACC CENSO AB

Nº REGISTRO 04059325708

VALIDADEZ 11/08/2019

1ª HABILITAÇÃO 20/03/2007

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 971539425

COMPANHIA

Assinatura do Portador

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 13/08/2014

Assinatura do Emissor 55221115101 PB022771506

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO 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 074.573.624-60, 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 Souza, cujo o condutor era

o mesmo.

Veículo: Automóvel

Modelo: FIAT PALIO

Ano: 2016

Placa: DEZ 45321PB

Chassi: 9BD37122ZG7577799

Data do Acidente: 30/04/2018

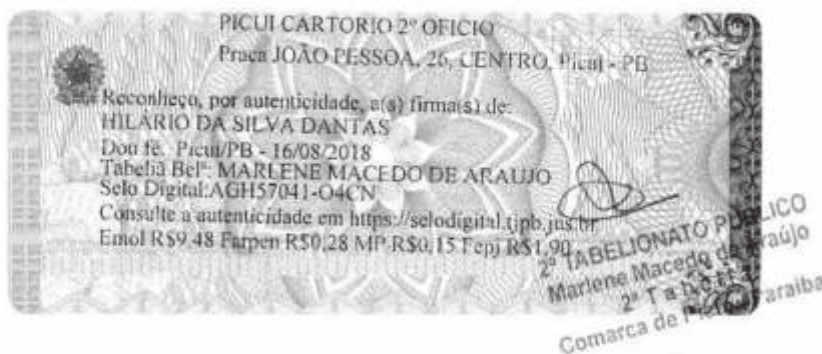
Local e Data: Picuí - PB, 16 de Agosto de 2018

2º TABELIONATO
PICUI - PB

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 2633 801, data de expedição / / , Órgão SSP/PB

CPF nº 013 154 944-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO FAUSTINO</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>FAEL MARTINS</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.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 015.101.350



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANA ODENIZIA DE SOUSA
RUA ANTONIO FAUSTINO 38
FREI MARTINHO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/242445-5

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

07/11/2018

CONSUMO

44

VENCIMENTO

14/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,45

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ANA ODENIZIA DE SOUSA

Roteiro: 03-081-635-0820

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

VENCIMENTO

14/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,45

MATRÍCULA

242445-2018- 11-2