



Número: **0800413-07.2019.8.15.0491**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA (AUTOR)		ANA FLAVIA ALVES MATIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35545783	16/10/2020 10:22	2757135_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10603923

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01643/01644 - carta_01



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2017

Carta nº: 10617589

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01793/01794 - carta_02



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10741627

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vitima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 00000052568-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01189/01190 - carta_15R



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10925658

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00953/00954 - carta_02



Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2017

Carta nº: 11040775

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vitima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 00000052568-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00713/00714 - carta_15R



00020357



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170118756 - 1
Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO MATO GROSSO nº 00 - ZONA RURAL - UIRAUNA/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 4159654 - SSP
Data local do exame: 17/03/2017 CAJAZEIRAS/PB

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 exposta dos ossos da perna esquerda.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

Tratamento cirúrgico com colocação de fixador linear externo por um período de 150 dias. Realizou fisioterapia e teve alta definitiva. Presença de deformidade em varum na perna esquerda, atrofia da musculatura da coxa esquerda, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo, encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior direito em cerca de 02 cm.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

Seqüela funcional média de membro inferior esquerdo

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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 17/03/2017

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. José Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10035

Assinatura do perito Examinador - CRM



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170118756 - 2
Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO MATO GROSSO nº 00 - ZONA RURAL - UIRAUNA/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 4159654 - SSP
Data local do exame: 12/05/2017 CAJAZEIRAS/PB

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 exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

Periciando sequelado de fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda, tratado cirurgicamente com uso de fixador linear externo por um período de 150 dias. Paciente teve alta definitiva em 29/03/2017.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

Presença de edema residual na perna e tornozelo esquerdo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Presença de desvio em varum da perna esquerda. Presença de depressão cutânea na panturrilha esquerda em virtude de queimadura do terceiro grau. Presença de encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior esquerdo em cerca de 03 cm. Presença de diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo. Paciente deambula com auxílio de muletas.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 12/05/2017

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. José Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:22:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610223800700000033956322>

Número do documento: 20101610223800700000033956322

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:22:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610223800700000033956322>
Número do documento: 20101610223800700000033956322

Num. 35545783 - Pág. 8



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T196*



Nº DO SINISTRO _____

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

EU, Francisco Helder Alves da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.159.654 EXPEDIDO POR SSP - PM EM 18/04/2013
CPF 013725924-74 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO carona
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Helder Alves da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos o site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta indicada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 052568-1

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

Pagadores de 18 de junho de 2013 Francisco Helder Alves da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DOCUMENTO 1 "T196"



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
3ª Delegacia Regional de Policia Civil
20ª Delegacia Seccional de Policia
Delegacia de Policia Civil de Uiraúna/PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



ADITAMENTO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 418/2016 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **14/07/2016** hora: **15h30min**

Notificante: JÁ QUALIFICADO NO BO 418 **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**, 18 anos de idade, alcunha " ", Nacionalidade: BRASILEIRO, naturalidade: , nascido(a) em 13/02/1998, documento: RG 4.159.654 SSP/PB, CPF 013.725.924-74, Profissão: ESTUDANTE, filho(a) de FRANCISCO CESANILDO DA SILVA e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, endereço: Sítio JOÃO FERREIRA, UIRAÚNA/PB, referência: , TELEFONE PARA CONTATO: 83 9. 9304-8818.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **DANILO CHARBEL NEWMAN MACIEL**

Vítima: O(a) **NOTIFICANTE.**

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, no dia 14/07/2016, vinha do sítio Quixaba de baixo para o sítio Mato Grosso, QUE, ao chegar em uma curva, um veículo veio em sua direção na contra mão e colidiu com o comunicante, QUE, no sinistro o mesmo teve fratura na perna esquerda, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Cajazeiras/PB, QUE, moto está HONDA/PB 100, ANO:2011, Cor Vermelha, PLACA oew-9239, CHASSI: 9c2hb0210br516064, em nome de Geraldo Pedro de Figueira, QUE diante dos fatos o notificante veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos do seguro DPVAT. Nada mais a consignar.



Uiraúna/PB, quarta-feira, 11 de janeiro de 2017 às 11:16

Francisco Helder Alves da Silva
NOTIFICANTE

Maxwell Francis do N. Mattias
Assinatura do Policial responsável pelo registro
MAXWELL FRANCIS DO N. MATTIAS
MATRÍCULA: 182.196-2

04





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Helder Alves da Silva,
portador da carteira de identidade nº 4.159.654 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 033.725.924-74, residente e domiciliado no
(a) Sítio Mato Grosso, SN, Zona Rural, Cidade
Uiraúna, Estado Paraíba, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do
laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à
perícia médica à custa 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Helder Alves da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uiraúna - PB 20/01/2017

Local e data



08



ANEXO I

Dto Declaratório



Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DOCUMENTO 2 *T29*



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

3476

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Manoel Helton da Silva

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

1607223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20041371414152116

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/07/1978

MASC. ☒FEM. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mônica da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 14/13 Cajazeiras

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBSG MUNICÍPIO

25690

15 - UF

PB

16 - CEP

57200-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rx (vítima de acidente motor) com fratura exposta do fêmur (611A)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acum. C/ps

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

Exatidão física fêmur H

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S89.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIAS

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cir. H. fêmur c/ H. fix. Exat.

25 - NOME DO PROCEDIMENTO

ACUMULADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

Dr. João Dantas Gualberto

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/07/2016

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

CRM 4382 TEO 6514

033004362

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/07/2016

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

Gráfica IDEAL (031) 2531-2412

02

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052568-1

Nr. da Autenticação 03AC1F3AC16F07CA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

BANCO: 104

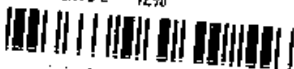
AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052568-1

Nr. da Autenticação EB3B1C232FD506A2



DOCUMENTO 2 "T296"



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Francisco Helder Alves da Silva, RG nº 4.159.654, data de expedição 18/04/2013, Órgão SSP/PB,

CPF nº 013.725.924-74, 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>Sítio Mato Grosso</u>
Número	<u>5/Nº</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural.</u>
Cidade	<u>Uiraúna - PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58915-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-12.66 / 99415-58.35</u>
E-mail	<u>msegurosdpvate36@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Uiraúna - PB 20/01/2018



Francisco Helder Alves da Silva

Assinatura do Declarante



FRANCISCO CEBANILDO DA SILVA
SIT MATO GROSSO, S/N - AREA RURAL
URUAIUNA / PB CEP: 58610000 (AO-177)

Categoria: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Cota Referencial João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Roteiro: 15-208-813-1250 Referência: Jun / 2010
Nº medidor: 0008308858 Emissão: 23/06/2016

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.055.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.083.425
Código para Defesa do Consumidor: 000818504

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/616808-6**

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/07/2016

CPF CNPJ / RANI
41251318487

Faturas em atraso

01/06/2016 128,78
03/05/2016 153,72
01/04/2016 134,12

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Letura	Data	Letura
24/05/16	18101	230916	18104	1
Demonstrativo				
Descrição		Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh		303	0,79272	69,89
Subsídio				38,01
PIS				1,49
COFINS				0,89
ENCARGOS E SERVIÇOS				
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA				1,77
PARCELAMENTO DE DÉBITO 02/10				45,43
Devolução Subsídio				-38,01

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr16 235
Abr16 221
Abr16 257
Fev16 252
Jun16 291
Out16 428
Nov16 446
Out16 443
Set16 494
Ago16 482
Jul16 405
Jun16 461

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALORES
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	135,08	1,1096	1,49
COFINS	135,08	6,6101	0,89

VENCIMENTO

01/07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,27

Méda dos últimos meses
387 kWh

REFERENCIAL DE CÁLCULO

478e.3f7d.f662.6fe0.f471.6419.dcf4.a6cc.

Indicadores de Qualidade

Índices da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
QIC MENSAL	12,80	NOMINAL 220
QIC TRIMESTRAL	25,52	
QIC ANUAL	51,05	CONTRATADA
QIC MENSAL	7,80	
QIC TRIMESTRAL	15,64	LIMITE INFERIOR 207
QIC ANUAL	31,28	
QIC MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
QIC ANUAL	10,50	

Observações	Valor (R\$)	%
Serviços de DDE de Engenharia	37,78	26,17
Capacidade de Energia	42,99	29,77
Serviço de Transmissão	7,54	5,22
Encargos de Energia	10,29	7,13
Impostos de Energia	10,15	7,04
Outros Serviços	45,43	31,45
Total	144,27	100,00

Valor de EUSO (por 47016) R\$ 49,50

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima citada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/07/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após esse prazo não eleva a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar este aviso. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7 89/13 R\$ 39,01. Letura confirmada. Isento ICMS.

ENERGISA PARANÁ

Roteiro: 15-208-813-1250
Matrícula: 610808-2016-08-7

VENCIMENTO

01/07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,27

83670000001-8 44270054000-2 05168082016-0 08702080018-2



COMPTEV
COMPTEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Francisco Helder Plus da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Francisco Helder Plus da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: juiz Renda Mensal: R\$ razão

Documentos comprobatórios: nos possui

Maurício Macário da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



27



DOCUMENTO 5 "T5%"



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

09-14/12/2016

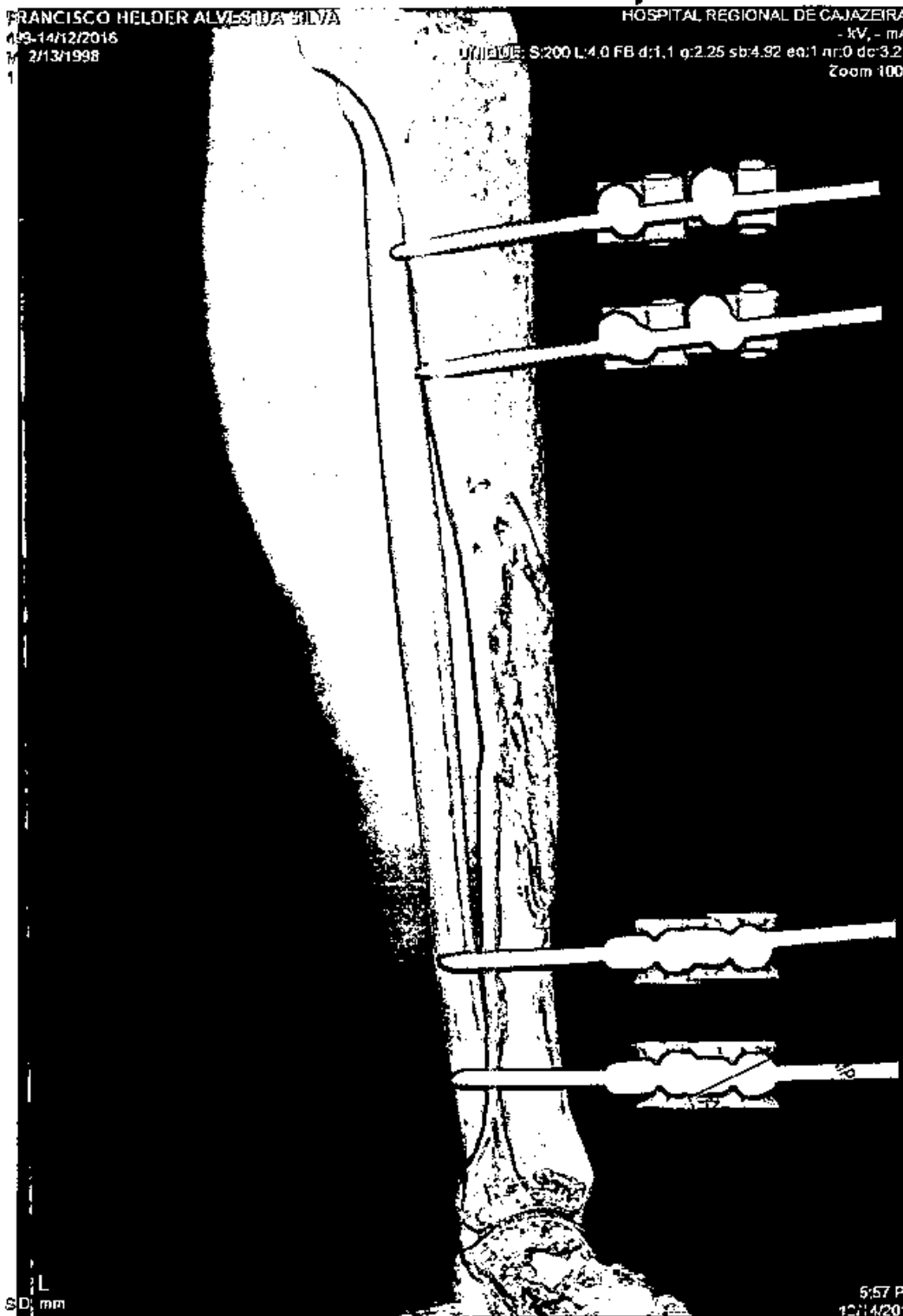
2/13/1998

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mas

UNIDADE: S:200 L:4.0 FB d:1.1 q:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:22:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610223800700000033956322>

Número do documento: 20101610223800700000033956322

Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

499-14/12/2016

M 2/13/1998

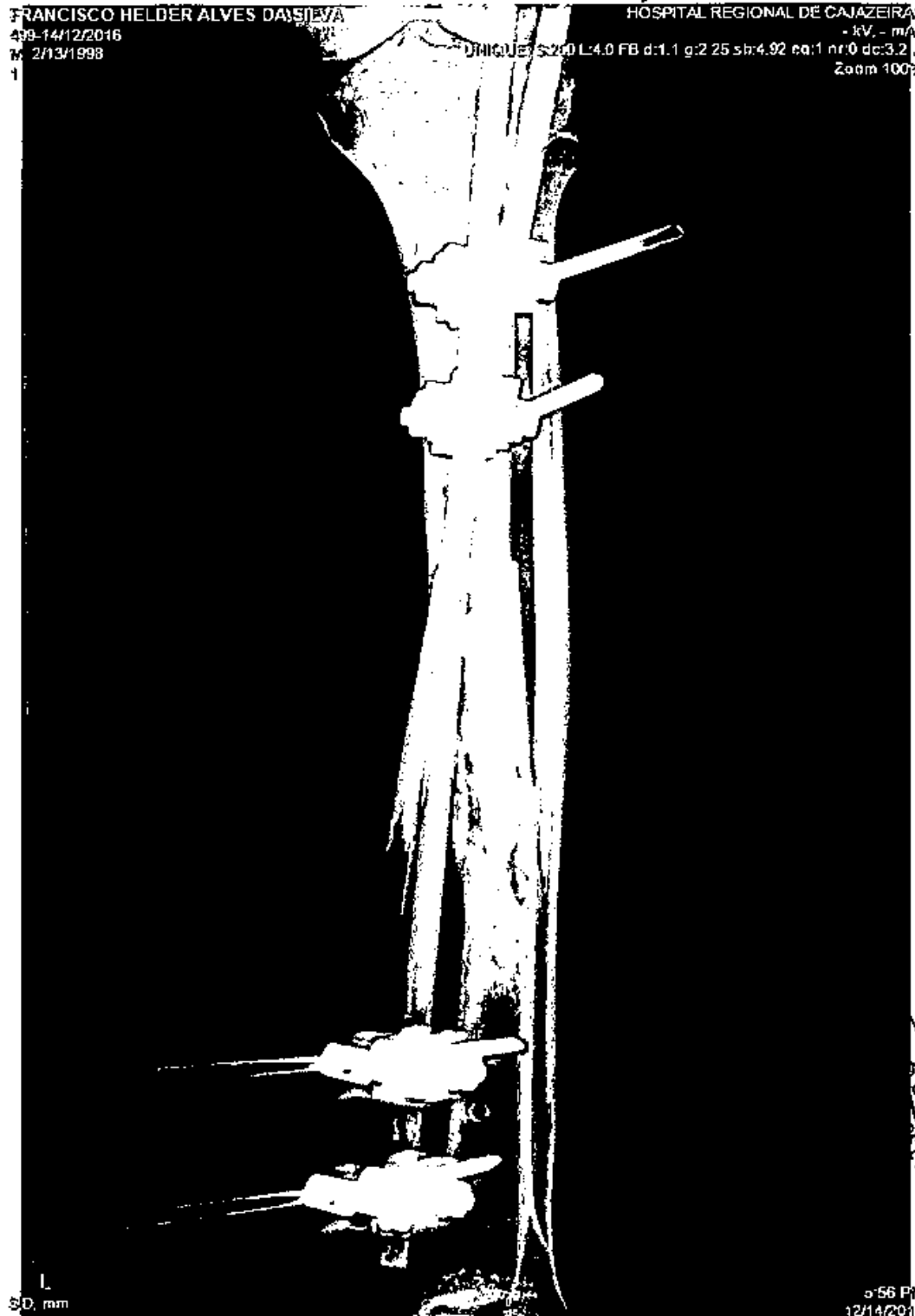
1

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

UNIQUE S200 L4.0 FB d:1.1 g:2 25 sb:4.92 ea:1 nr:0 da:3.2

Zoom 100%



COMPREV
PREVIDENCIA S/A

5:56 PM
12/14/2016



**SUS**Sistema
Único da
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rx vítima de acidente motorista
expulsa para frente 6 II (R)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acum. Cúps

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

Ex. físico n/R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - Nº DE REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

N.º 46 N.º 4154655 155003

Nome Fernando Lucena Alves da Silva

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

210104131916141951210101016

Data Nascimento 13.1.02.1998 Residente à (Rua, Av.)

São João do Bonfim N.º Bairro

Cidade Uiraúna UF PB Segurado ou Dependente

14/10/20 Socorro Grau Parentesco Mãe

no qual dou fé

Cajazeiras, 14.1.2016

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442

COMPREV
COMPREI SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

07

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: FRANCISCO LAZARUS ALVES DA SILVA Filho de: _____
e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Residência: STIO MATO GROSSO - JIQUINA Idade: 18
Cor _____ Sexo MASCULINO Estado Civil SOLTEIRO
Naturalidade _____ Profissão: AGRICULTOR
Internado em 15 de JULHO de 16

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Rpt. vítima de acidente de uso
c/ fratura exposta G.III (A) perit

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exposto osso + perda de substância

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Rx Perit



Diagnóstico:

fratura exposta osso Perit
G.III (A)

GRUPO IDEAL (01) 3357.242

08





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Franisco Helder Alves Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

DATA 13/07/16 PRESCRIÇÃO MÉDICA HORÁRIO RELATÓRIO

1) Dieta Livre

2) Dorabuta 1g, EV, 8x/dia

3) Diflucan 50mg, EV, 1x/dia

4) Biperiden 1mg, EV, 4x/dia

5) Insulina 10U, + SF 100 ml

EV, 1x/dia

6) Quinidina 8mg, 1mg, EV, 8x/dia

7) Quinidina 8mg, 1mg, EV, 8x/dia

8) Quinidina 8mg, 1mg, EV, 8x/dia

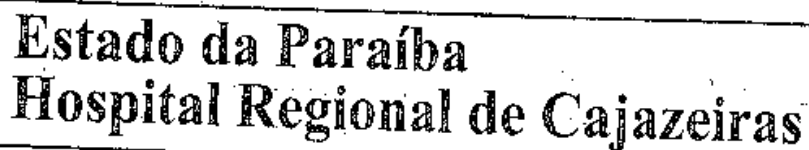
9) SSIV + c.c.d.g

Dr. Suelio Moreira
Otorrinolaringologista
CRM 10.334

Dr. Suelio Moreira
Otorrinolaringologista
CRM 10.334

Dr. Suelio Moreira
Otorrinolaringologista
CRM 10.334

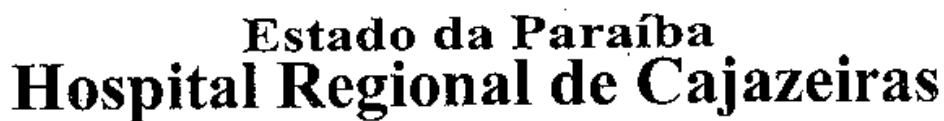




Nome Francisco Helder Alves Idade 49 Inf. 119 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art.
14/04/16	22:00	paciente admitido nesta seção da clínica cirúrgica, proveniente do bloco cirúrgico; com distúrbio respiratório na pernas E, consciente, orientado, verbalizando, em efeito anestésico, não reage a pinças no momento e segue sob cuidados da equipe				
15.7.16	08:00	Paciente em 20.7 de distúrbio respiratório de MSA, em ECG, consciente, orientado, verbalizando, bastante no delírio, acalor, distúrbio respiratório, distúrbio respiratório, com distúrbio em MSA Amarelado				
15/07/16	20:00	SSVV — x —	36.5	76	16	90 x 60
16.07	08:00	SSVV — — —	36.5	82	18	90 x 60
16.07.16	20:00	SSVV — — —	36.5	82	18	90 x 60
17-07-16	8:00	SSVV — — —	36.5	82	18	90 x 60
19:00	SSVV — — —					





EVOLUÇÃO MEDICA

Nome: _____ Enf.: _____ Leito: _____

[illegible]

Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Francisco Hilário Alves da Silva Inf.: 119 Leito: 24

DATA	HORA	
14/07/16	22:00	Paciente admitido neste setor proveniente do bloco cirúrgico com diagnóstico de câncer de colo de útero. Apresenta, inicialmente, em estado, afeto, e sinais vitais estáveis. De acordo com a história de doença, a paciente vem sofrendo com a presença de sangramento vaginal. <i>Enfermeira COREN-PB 222.552</i>
15/07/16	15:00h	Paciente em estado de saúde satisfatório, com sinais vitais estáveis, apresentando boa aceitação de dieta, eliminação urinária e intestinal. <i>Enfermeira COREN-PB 222.552</i>
16.07.16.	08:00	Clínica em bom estado, com sinais vitais estáveis, apresentando boa aceitação de dieta, eliminação urinária e intestinal. <i>Enfermeira COREN-PB 222.552</i>
17/07/16	08:45	Paciente evolui satisfatoriamente, com sinais vitais estáveis, apresentando boa aceitação de dieta, eliminação urinária e intestinal. <i>Enfermeira COREN-PB 222.552</i>
18/07/16	09:00h	Paciente em estado de saúde satisfatório, com sinais vitais estáveis, apresentando boa aceitação de dieta, eliminação urinária e intestinal. <i>Enfermeira COREN-PB 222.552</i>

FOLHA DE ENFERMAGEM
ENFERMEIRO
COREN: 16619

COMPREV
COMPREV
20 FEV. 2017
Ao PROTOCOLO

Emanuella K. A. Cavalcante Rolim
Enfermeira
COREN-PB 444211



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS										ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Francisco Hilário A. da Silva</u>								IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA						
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS						
URINA												
AP. RESPIRATÓRIO										ASMA		BRONquite
AP. CIRCULATÓRIO										ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO										DENTES		PESCOÇO
ESTADO VENTAL										ATÁRAXICOS		CORTICÓIDES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										ALEGRIA		HIPOtENSORES
ANESTESIAS ANTERIORES										ESTADO FÍSICO		RISCO
MED. PRE-ANESTÉSICA										APLICADAS ÀS		EFEITO

AGENTE ANESTÉSICO	LIQUIDO	CÓDIGO	VP. ARTERIAL: 0 PULSO: 0 RESPIRAÇÃO: 0 AX. ANEST. 0 OP. 0	SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	ANOTAÇÕES	AGENTES	TÉCNICA	OPERAÇÃO	CIRURGIÕES	ANESTESISTAS	OBSERVAÇÕES	
02	SF RI SF	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40	SP02 99 99 99	RPA	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA 20 FEV. 2017 PROTÓCOLO AS JOAG PESSOA	ANESTESIA SATISF. Sim Não	Reflexos na SO	Obs.: CO Excl:	Náuseas: Vômitos:	Outros:	Com Cânula	Para a Lote: Sim Não
INDUÇÃO: Sentel. Excl. Tos. Laringo Espasmo: Lentu. Náuseas: Vômitos: Quinas: MANUTENÇÃO: Prontamente por intubação DESPERTAR: Reflexos na SO Obs.: CO Excl: Náuseas: Vômitos: Outros: Com Cânula Para a Lote: Sim Não CONDICÕES: Plantão CÂNULAS												
ANOTAÇÕES: Cefalotina 2g + Dipiridone 2g + Placeb 1mg AGENTES: Mac hipe 1mg + Dinoy 8mg TÉCNICA: Respiratório OPERAÇÃO: Fratura exposta CIRURGIÕES: Dr. Gomes ANESTESISTAS: Dr. Barbosa OBSERVAÇÕES:												



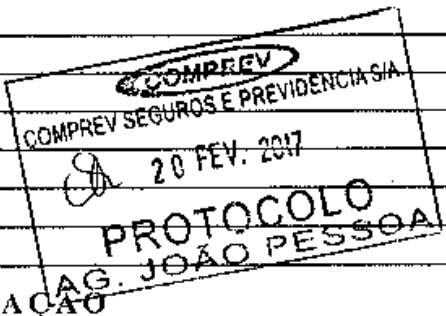
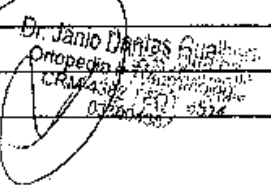
Hospital			
Nome do Paciente Fco. Welson Alves DA SILVA			Nº Prontuário
Data Operação 14/01/16	Enf.	Leito	
Operador D. Janio Santos		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista Dr. Barão	Tipo de Anestesia Rogin		
Diagnóstico Pré-Operatório Fc exposto e II (A) para f			
Tipo de Operação Traf - m - de exposto para f			
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			
① Ap. sul anestes ② Anestesia anti-seps ③ Ap. sul de campo ④ Anestesia transverso, perfur. c/ st 0,9/18,5 cm ⑤ Visualização do pco. pancreat. e p. grande curvatura ⑥ Redução de p. pancreat. ⑦ Colocação de fios de sutura e de p. para ⑧ Sutura p. para + canal			
			

Gráfico IDEAL (83) 3031-3442





PREFEITURA DE UIRAÚNA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

SAMU

192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO:	DATA: 14/10/2016	NATUREZA: ☐ USA ☐ USB
MÉDICO(A) REGULADOR(A) DRA:	CRM:	
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:		
Bairro:	Cidade:	Estado: BA
Ponto de Referência:		

Paciente/Usuário:	Local de Trabalho: ☒ VIA PÚBLICA
Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM.	Solicitante:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA	
☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA	
APOIO NO LOCAL	
☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL	
☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ IML ☐ OUTRO:	

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAIL NEUROLÓGICA
☐ PERÍCIAS ☐ RESPIRATÓRIA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ EXTRANSELAÇÃO ☐ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOBROADO ☐ AUSÊNCIA ☐ HIPERTENSIVO ☐ MACÍZES	☐ PULSO ☐ NORMAL ☐ FRACO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERIFÉRICO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☐ INCONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDIDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES						
EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS				GLICEMIA CAPILAR	
	P.A. mmHg	F.C. bpm	Temp. °C	Sat-O2 %	R.V.	TOTAL
INICIAL	110 x 100	74	36.5	96	05	14
FINAL	98 x 74	74	36.5	96	05	14

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA	☐ NÃO	☐ SIM	QUAL	USA
-------------------------	------------------------------	------------------------------	------	-----

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇONADA FOR USE

AValiação Secundária

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TORAX
☐ CORADA ☐ PALIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUARDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TORAX INSTÁVEL ☐ RESPIRATÓRIO ☐ TAMPONAMENTO
ABDOMEN	PELVE	COLUMNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ ENTÂBULA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DOR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FENDA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	

DADOS COMPLEMENTARES	
GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ 1-4 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ 5 CONTRAÇÕES / 10MIN ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLHA ROXA ☐ SANGRAMENTO	☐ AIDS ☐ ALCOOLISMO ☐ ALERGIAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ☐ AVC ☐ CONVULSÕES ☐ CARDIOPATIA ☐ DIABETES ☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CIRCULATÓRIOS	RESGATE
☐ ACESSO VENOSO ☐ PERFURADO VA ☐ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORAÇÃO ☐ DESFIBRILAÇÃO/CONVERSÃO ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☐ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ PRANCHALONGA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARTEAÇÃO

COD. 30 - Guia F-100/2010

DIAGNOSTICOS

1) Tremor, dor no de músculos de pernas

Paciente uitame de queda de mto, comente:

Quedados, ultralinguando, apresentando das indústrias
globoquilt, apresentando pastores de pastores. Um
M.T.E. Encaminhado para o Hospital Regional de
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Cofazando.

[illegible]

MATERIAL UTILIZADO

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade

☐ Outro _____

DESTINO DO PACIENTE

☒ Hospital Geral

☐ Hospital Especializado

☐ Ambulatório

☐ Centro Cirúrgico

☐ Centro de Diagnóstico e Referência Epidemiológica

☐ Outros _____

FUNÇÃO: _____

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: _____

Assinatura do Médico Responsável

D^r João Vitor Farias
Médico - CRM 121378

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2007

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Transporte Simples

ATENDEIMIENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☐ APÓS ATENDIMENTO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO
☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS: _____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uruaína-PB, na oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

२७

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____ CRM: _____
Enfermeiro: Antônio Cabral de Almeida Enfermeiro COREN: _____
Téc. de Enfermagem: Luciana Mat.: _____ COREN: _____
Comodul. Sanitários: Macanilene Mat.: _____
COREN: _____

Mat:
COO, 30 - C-664 F 183 3531. 110





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613478 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

DI Nasc: 12/02/1998 Idade: 18 ano(s) meses(es) de idade dias(es) de idade

Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO MATO GROSSO

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: UIRAUNA - PB - 58915000 - 251690

Telefone para contato (83) 3531-3553 / (83) 99966-1035

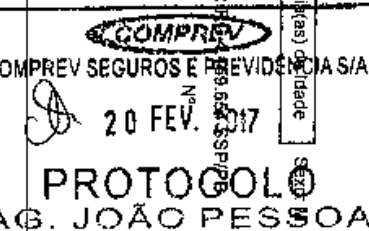
Data e Hora: 14/07/2016 18:15:30

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)



Vítima de acidente motorístico no carro de 22 horas com aparelho fratura exposta de perna esquerda. Sem outras queixas. Normotenso, euglicêmico, candidato a cirurgia.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Dr. João Daniel Guabrita
CRM 4362 / 07-07-8574

RECEPCIONISTA: KARLA GIOVANNA

1. Digitação MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
2. Curativo + SPO 4/2 500 ml IV líquido

3. Dr. Jean-Hies Farias
4. Med. Cirurg. 14/07/2016

5. Dr. Jean-Hies Farias
6. Med. Cirurg. 14/07/2016

7. Dr. Jean-Hies Farias
8. Med. Cirurg. 14/07/2016

9. Dr. Jean-Hies Farias
10. Med. Cirurg. 14/07/2016

11. Dr. Jean-Hies Farias
12. Med. Cirurg. 14/07/2016

13. Dr. Jean-Hies Farias
14. Med. Cirurg. 14/07/2016

15. Dr. Jean-Hies Farias
16. Med. Cirurg. 14/07/2016

17. Dr. Jean-Hies Farias
18. Med. Cirurg. 14/07/2016

19. Dr. Jean-Hies Farias
20. Med. Cirurg. 14/07/2016

21. Dr. Jean-Hies Farias
22. Med. Cirurg. 14/07/2016

23. Dr. Jean-Hies Farias
24. Med. Cirurg. 14/07/2016

25. Dr. Jean-Hies Farias
26. Med. Cirurg. 14/07/2016

27. Dr. Jean-Hies Farias
28. Med. Cirurg. 14/07/2016

29. Dr. Jean-Hies Farias
30. Med. Cirurg. 14/07/2016

31. Dr. Jean-Hies Farias
32. Med. Cirurg. 14/07/2016

33. Dr. Jean-Hies Farias
34. Med. Cirurg. 14/07/2016

35. Dr. Jean-Hies Farias
36. Med. Cirurg. 14/07/2016

37. Dr. Jean-Hies Farias
38. Med. Cirurg. 14/07/2016

39. Dr. Jean-Hies Farias
40. Med. Cirurg. 14/07/2016

41. Dr. Jean-Hies Farias
42. Med. Cirurg. 14/07/2016

43. Dr. Jean-Hies Farias
44. Med. Cirurg. 14/07/2016

45. Dr. Jean-Hies Farias
46. Med. Cirurg. 14/07/2016

47. Dr. Jean-Hies Farias
48. Med. Cirurg. 14/07/2016

49. Dr. Jean-Hies Farias
50. Med. Cirurg. 14/07/2016

51. Dr. Jean-Hies Farias
52. Med. Cirurg. 14/07/2016

53. Dr. Jean-Hies Farias
54. Med. Cirurg. 14/07/2016

55. Dr. Jean-Hies Farias
56. Med. Cirurg. 14/07/2016

57. Dr. Jean-Hies Farias
58. Med. Cirurg. 14/07/2016

59. Dr. Jean-Hies Farias
60. Med. Cirurg. 14/07/2016

61. Dr. Jean-Hies Farias
62. Med. Cirurg. 14/07/2016

63. Dr. Jean-Hies Farias
64. Med. Cirurg. 14/07/2016

65. Dr. Jean-Hies Farias
66. Med. Cirurg. 14/07/2016

DOCUMENTO 6 "T666"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.159.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2013

NOME FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO CESANILDO DA SILVA
MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

NATURALIDADE SOUSA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/02/1998

DOC ORDEM NASC. N. 19247 FLS. 168-3IV.19.
CPF CARTORIO UIRAUNA-PB

João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 28/09/83

ARIA DA RECEITA FEDERAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número 013.725.924-74
Nome FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Nascimento 13/02/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
338B.7A69.87BE.E2D2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:33:16 do dia 15/07/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 02.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-917

Francisco Helder Alves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170118756 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 50% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170118756 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Presença de edema residual na perna e tornozelo esquerdo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Presença de desvio em varum da perna esquerda. Presença de depressão cutânea na panturrilha esquerda em virtude de queimadura do terceiro grau. Presença de encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior esquerdo em cerca de 03 cm. Presença de diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo. Paciente deambula com auxílio de muletas.

Resultados terapêuticos: Periciando sequelado de fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda, tratado cirurgicamente com uso de fixador linear externo por um período de 150 dias. Paciente teve alta definitiva em 29/03/2017.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/05/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANALISE NA ANALISE ANTERIOR VITIMA INDENIZADA EM R\$ 4.725,00 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
*MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

DOCUMENTO 4 "T406"



OUTORGANTE:

Nome: Francisco Helder Alves da Silva
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.159.654
CPF: 013.725.924-74
Profissão: estudante
Endereço: Sítio Mato Grosso, Zona Rural, Mourão - PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44.
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DINAMIS ANDRIOLA"
RECONHECIMENTO AUTENTICIDADE - FICHA DE PRESTADOR
HELDER ALVES DA SILVA DOU E. CAJAZEIRAS - Paraíba,
11/01/2017.

RENELITA DA ROCHA MOREIRA
Selo Digital da Assinatura (Tipo Normal) 1488-V281
Confirmação da Assinatura (Assinatura) 1488-V281
EMOLUM 98 10 18 CARPENTRE 0 25 18/01/2017 2,03

Renelita da R. Moreira
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima

Francisco Helder Alves da Silva

Cajazeiras, 11 de Janeiro de 2017.

Francisco Helder Alves da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE



29

