

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5915547

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3140118922
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 23/01/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/01/2013**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2015

Carta nº: 7097397

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3140118922
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 23/01/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7619978

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3140118922
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
Data Acidente: 23/01/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 DE ASSIS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000004469-8

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 uma das mãos 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURODORA

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 anulação no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco de Assis da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 944.610/EXPEDIDO POR SSP/PA

EM

CPF 511.014.036-84-72 / CNPJ 00.000.000/0001-91, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 324,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Assis da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sujeop 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 de profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reapropriação 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da anteriormente para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, 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 POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4463-8

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 RECEBIDA INDENIZAÇÃO.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2015

LOCAL E DATA

Francisco de Assis da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítima(s) beneficiário(s), obedecendo a legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade dos seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 13.945/2009); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise no período de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 372170.



AUTO-ATENDIMENTO - PICHU

DATA: 26/06/2015

HORA: 11:12:04

TERMINAL: 49161002

CONTROLE: 491610020236

AGÊNCIA: 4916 - PICHU

CONTA: 013.0000469-0

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Francisco de Assis da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 974.610 EXPEDIDO POR SSPIPB EM 06/11/1982
 CPF 530401684-72 / CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 324,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco de Assis da Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar 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 de Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EDA;
- 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 Lotéricas 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 como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
J E M REGULADORA

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) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3320-9

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.

Picui-13 01 de 12 de 14

LOCAL E DATA

Francisco de Assis da Silva

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.

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
J E M REGULADORA

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - PICUI
DATA: 01/12/2014
TERMINAL: 49161002

HORA: 17:46:59
CONTROLE: 491610020119

CONTA CREDITADA: 4916.013.00003720-9
NOME: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:

0313747962
335724091

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CERTIDÃO

Nº. Cont.: 06 /2013

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 03/2013, nele encontrei as folhas de N.º 06, o Registro n.º 06/2013, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 05 dias do mês de fevereiro do ano de 2013, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel. João João Ferreira, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Às volta das 09:40 horas, compareceu: **FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA**, brasileiro, nascido em 07/05/1961, em união estável, Agricultor, natural de Picuí / PB, Documento de Identidade R.G. 974.610, Órgão Expedidor: SSP/PB, CPF 570.401.684-72, filho (a) de José Joaquim da Silva e Cícera Maria da Silva, Sítio Lajedo, Picuí/PB; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 23/01/2013, por volta das 13h, o comunicante ia com destino à Sítio Posse do Vento, divisa com o Sítio Boa Fé, no município de Nova Palmeira-PB, conduzindo uma motocicleta, placa MMO2604/PB, e em determinado momento, ao passar por uma curva, derrapou na estrada de terra, perdeu o controle da moto, e veio a cair, sendo lesionado em vários locais do corpo, sendo imediatamente socorrido por José Leonilson Feitosa da Silva e José Severiano Dantas, que chegaram no local, que prestaram socorro e ajudaram a alocar a vítima na ambulância do Centro de Saúde Dr. Francisco Medeiros Dantas, para o Hospital Regional de Picuí/PB, conforme Declaração do Centro de Saúde Nova Palmeira e fotocópia autenticada do Atestado emitido pelo Hospital Regional de Picuí/PB, anexos a esta; Era o que tinha a registrar.**

Picuí/PB, 05 de fevereiro de 2013.

Francisco de Assis da Silva
COMUNICANTE:

José Leonilson Feitosa da Silva
JOSE LEONILSON FEITOSA DA SILVA

1ª) TESTEMUNHA END.: SÍTIO ESPERA, S/N -- ZONA RURAL DE NOVA PALMEIRA - PB, RG Nº 2.571.982-2 VIA

José Severiano Dantas
JOSE SEVERIANO DANTAS

2ª) TESTEMUNHA END.: SÍTIO POSSE DO BENTO, S/N -- ZONA RURAL, MUNICÍPIO DE NOVA PALMEIRA/PB, RG Nº 633.099-SSP-PB.

AGENTE/ESCRIVÃO: 168.603



PICUI CARTORIO 2 OFICIO
JOÃO PESSOA
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)
Picuí/PB-01/04/2015
Selo Digital: AAQ88369-V31
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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: 10/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

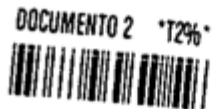
BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000004469-8

Nr. da Autenticação A8ABF7E86DB1F5A8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco de Assis da Silva, portador da carteira de identidade nº 974.610 e inscrito no CPF/ME sob o nº 570.402.684-72, residente e domiciliado na Sítio Boa Fé, Cidade Picuí, Estado PB, 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
- () 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco de Assis da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Picuí-PB, 01/12/14

Local e data

02



ESTADO DA PARAIBA - 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 SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 07/05/1961 Idade: 51 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR Documento: 974610

Endereço: ST POSSE DO BENTO

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/IBGE: NOVA PALMEIRA - PB - 58164000 - 251030

Telefone para contato (83) 3371-2554 CNS: 126387074400006

Data e Hora: 23/01/2013 14:11:19

PESO: SSVV

PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

— Ingressando no D.T

PROTÓCOLO RECEBIDO
13 MAI 2015
JEM REGULADORA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

PROTÓCOLO RECEBIDO
16 ABR 2015
JEM REGULADORA

MAISIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

— Ingressando no D.T

CID-10:

MEDICAÇÃO: ENCAMINHAMENTO:

☐ 1. PRESCRITA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ 2. APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU PEGUEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

Prova do Fato continuada

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140118922

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 23/01/2013

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Grande laceração na face medial do 2º dedo da mão esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Encontra-se com total rigidez do dedo referido, tem a falange distal do mesmo dedo com rigidez em flexão, não conseguindo fechar a mão para pegar objetos. Tem hipotrofia muscular na referida mão.

Resultados terapêuticos: Foi operado, sendo feita a limpeza, sutura no ferimento e imobilização.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joo Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

PROTOCOLO
RECERINO
12 DEZ 2014
JEM REGULADORA

Eu, Francisco de Assis da Silva,
RG nº 974.610, data de expedição 06/11/1982, Órgão
SSP/PB, CPF nº 570.401.684-72, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Boa Fé</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187.000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí-PB, 01/12/14

Assinatura do Declarante: Francisco de Assis da Silva

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
ST DOATE, 500 - AREA RURAL
PICI/PO CEP 58187000 (AG. 80)

Classe RURAL MONOFASICO
Rotômetro 2 - 60 - 582 - 4790
Nº medidor 00000771030

Referência Nov/2012
Emissão 08/11/2012

Energisa

ENERGISA PARAIABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 200, Km 25 - Caixa Postal - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.096.183/0001-80 Insc Est 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 105632
Código para Dúvidas Atendimento: 0800 11 0843

RESERVADO AO FISCO

Tela cec 530c 9281 e94c 7812 c183 1220

CDC (Código do Consumidor) 5/811084-3

Nov/2012

08/11/2012

05/12/2012

57040159477

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 01/11/2012 PAGAS
OBRIGADOR

Data	Letura	Data	Letura
08/10/12	5070	08/11/12	5117

FORNECIMENTO DE ENERGIA
47 x 0,23596

IMPOSTOS E ENCARGOS
PIS
COFINS
JUROS DE MORA 10/2012
MULTA 10/2012
ICMS (ISENTO)

Valor (R\$)

11,13

**PROTOCOLO
REFERIDO
12 DEZ 2014
JEM REGULADOR**

Out/12	53
Set/12	40
Ago/12	45
Jul/12	48
Jun/12	52
Mai/12	51
Abr/12	54
Mar/12	52
Fev/12	44
Jan/12	58
Dez/11	55
Nov/11	54

Média dos últimos meses
52 kWh

Tela de Cálculo de Consumo 8/2012 - Pedro Lacerda

DIC MENSAL	12,40
DIC TRIMESTRAL	24,71
DIC ANUAL	49,42
FIC MENSAL	7,70
FIC TRIMESTRAL	15,34
FIC ANUAL	30,69
DIMC	5,78
DMCRO	10,60

VENCIMENTO

13/11/2012

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,97

HOMINAL 220

CONTRATADA
LIMITE INFERIOR
LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,35	44,69
Compra de Energia	4,69	39,18
Serviço de...	0,59	4,93
Encargos...	0,50	4,18
Impostos...	0,94	7,82
Outros...	0,00	0,00
Total	11,97	100,00

Valor do encarg. Sistema de Distribuição
(Ref 8/2012) R\$ 1,00

ATENÇÃO

As demonstrações contábeis societária e regulatória, estão disponíveis na internet

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA** Sinistro: **3140118922** Data: **23/01/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO BOA FE, S/N - ZONA RURAL - Nova Floresta - PB - CEP 58178-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **974610**

Data local do exame: [**11/06/2015**] **Campina Grande** [**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)
Grande laceração na face medial do 2º dedo da mão esquerda. Encontra-se com total rigidez do dedo referido, tem a falange distal do mesmo dedo com rigidez em flexão, não conseguindo fechar a mão para pegar objetos. Tem hipotrofia muscular na referida mão

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Foi operado, sendo feita a limpeza, sutura no ferimento e imobilização.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional da mão esquerda

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

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 valoração do dano corporal.


Dr. João Merez B. de Sousa
Tit. Esp. Abramet Nº 2223
CRM 5401
Médico do Trabalho

João Merez Bandeira de Sousa - CRM: 5401 - PB



PACIENTE: Francisco de Assis da Silva	ENF. 20+	LETO 03
DATA: # ADMISSÃO #		ASSINATURA
23/03/13 às 16h - F.A.S., 51 anos, em união estável, agricultor, presidente da zona rural de Nova Palmeira admitido neste setor hospitalar vítima de acidente motociclístico, apresentando emagrecimento em indicadores: submetendo-se a diálise peritoneal e nutria. Nega HAS ou DM. Deixa atrelado a medicação. Marth		Priscila Dantas ENFERMEIRA COREN-PB 273.6
22:35 - Administrado uma ampola de SAT em virtude de estar com esquema vacinal contra tétano atrasado. Orientado a tomar suco no posto de saúde.		Priscila Dantas ENFERMEIRA COREN-PB 278.813
24.04.13 - Paciente consciente, orientado, comunicativo. Acida p. data. Mucosa e membranas intestinais hidratadas. Sem refluxo prejudicador. Refere dor no localizador da malha esquerda: mantém ferida em MSD. Segue aos cuidados da enfermagem.		Priscila Dantas ENFERMEIRA COREN-PB 325.548
20:05 h - Paciente não refere mais dor. Higiene preservada. Segue aos cuidados da enfermagem.		

PROTOCOLO
RECEBIDO
16 ABR 2015
JEM REGULADORA

Princípio do Fato

06



GOVERNO DA PARÁIBA

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hospital Regional de Pícora "Félix Yago Gómez"

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

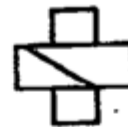
NOME: Francisco de Assis da Silva IDADE: 51
 SERVIÇO: Cl. Cirúrgica ENF: 207 LEITO: 01

[illegible]

107



GOVERNO
DA PARAÍBA



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hospital Regional de Pícora "Folpe Tago Gomes"

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

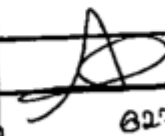
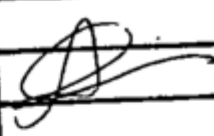
OME: Francisco de Assis da Silva IDADE: 54
SERVIÇO: Cl. cirúrgico ENF.: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
		Preservada segue MCPM nos cuidados da enfermagem.	
		PA: 110x80mmHg.	
24.01.13	21h	Paciente segue em repouso no leito, em ventilação EGR, calma, consciên- te, orientado, aceita dieta, diurese presente, no momento sem queixas, segue MCPM, ferimentos limpos.	Kessylla Maria Téc. de Enfermagem 663.491
		PA = 120x80mmHg	
25 01 13	05:00h	Paciente evolui bem toda a noite, não refere fúrias ou sono e repouso preservado. realizado curativo.	Magna Jucere de Melo Silva COREN 556974 Téc. de Enfermagem
		PA: 110x80mmHg.	
	13h	Paciente admi. de guarda cirú- rgica bem, afébril, em boas condições, limpo, hidratado, ambulando, man- tem APF no MSD, funções fisioló- gicas presentes, sono, higiene e dieta preservadas. M.C.P.M. se- gue nos cuidados da equipe de enfermagem. PA: 160x130mmHg	Kessylla 663.491
			PROTOCOLO RECEBIDO 16 ABR 2013 EM REGULADORA
	14:30h	PA: 140x110mmHg	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN 51437
	18:00h	Paciente recebe alta hospitalar e por ordem médica para a casa, sem furo para cirurgia no 2º globo.	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN 51437

08

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Fernando de Amor da Silva IDADE: 65.523
 SERVIÇO: Cl. Cirúrgica ENF.: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
3.01.13	16:00	Paciente foi admitido nesse setor para submeter-se a procedimento cirúrgico	 827104
3.01.13	21:00	Paciente evoluindo em repouso no leito EGR, calma, consciente, em contato, sem queixas de dor no momento. Foi U.C.P.M., vacilante, apresenta frieza em M.E. e M.S. provocado por ocorrência de hipotensão. Segue em tratamento e os cuidados em farmácia. PA = 120 x 80 mmHg	
4.01.13	05:20	Paciente em repouso, sono prejudicado, referiu cefaleia com outras queixas, realizado curativo nos cuidados de enfermagem. PA = 130 x 80 mmHg	 Mário Domingos S. F. Vasconcelos Técnica de Enfermagem CURV 41189
24/01/13	13:00	Paciente consciente, hidratado, em repouso no leito deambula acerta, dila no momento não refere queixas, funções fisiológicas presentes em bom estado higiene corporal	



GOVERNO
DA PARAÍBA



SUS

Sistema Único de Saúde

Hospital Regional de Físio "Felipe Tingu Gomes"

EVOLUÇÃO

Paciente: Francisco de Assis da Silva Idade: 51 Reg.: 65.523
Serviço: Cl. Cirúrgica Diagnóstico: Obstrução Intestinal D. Local: 207-01

Data

Evolução

28/1/12 Bom aspecto da próstata

[Signature]

Dr. Marcos A. Ayres
CRM-PB 1547
CPF 058.565.094-12



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SUS

Sistema Único de Saúde

Hospital Regional do Pínd "Filipe Tiago Gomes"

EVOLUÇÃO

Nome: Francisco de Assis da Silva Idade: 51a Reg.: 65-523
 Serviço: Ortopedia Diagnóstico: Fractura de fêmur Local: 207-1

Data	Evolução
	<u>FRATURA DE FÊMUR</u> <u>DO BEMANHO + SUPRA.</u> <u>Ortopedia 25/02/12</u> <u>PCT ATEND. de unidade de mto</u> <u>oprenta fêmur sutura por art</u> <u>colagem de fêmur mediu ante qnta</u> <u>de membrana principalmente expsta</u> <u>de fêmur por colagem Glesson.</u> <u>Condito: Antibiotico até seguir</u> <u>de 28/02 e curar como</u> <u>lesão ortopedica de fêmur.</u> <u>Dr. André Luís Siqueira</u> <u>ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA</u> <u>CRM 6207 1-07-11737</u> <u>28/04/12</u> <u>Em 1080</u> <u>Para o 16 o 166 200</u> <u>SAÚDE A 166 200</u> <u>166 200 166 200</u> <u>166 200 166 200</u> <u>166 200 166 200</u> <u>166 200 166 200</u> <u>166 200 166 200</u> <u>Dr. José Carlos Souza</u> <u>Médico Residente</u> <u>CRM 0020</u>



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2554 / 2990
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 65.523

Nº do Docum. 9.74610

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Francisco de Assis da Silva

Responsável: Marivalva Lopes

Pai: José Joaquim da Silva

Mãe: Ricardo Maria da Silva

Prof: Agrônomo Data Nasc.: 07.05.61 Idade: 51

Endereço: St. Pádua do Beato Nº _____

Bairro: 2.º Parcel Cidade: N. Palmeira Est. Civil: 1.º Estado

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Lesão de fratura do fêmur direito

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 23/12/13 Alta em 28/12/13 Óbito em 1/1

Arquivista

Médico Assistente

12



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CIBS

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco de Assis da Silva

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1263870744 00006

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/05/61

7 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

65.528

8 - PAGADOR

Pardo

NOME DA MÃE

Cícera Maria da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

Imortalino Lopes

1 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Pedro do Bento

1 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Grande Palmeira

16 - CDD. ISEE MUNICÍPIO

251030

16 - UF

PR

17 - CEP

58.184-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

1 - Dor Uterina de 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 - 1906 - 1907 - 1908 - 1909 - 1910 - 1911 - 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918 - 1919 - 1920 - 1921 - 1922 - 1923 - 1924 - 1925 - 1926 - 1927 - 1928 - 1929 - 1930 - 1931 - 1932 - 1933 - 1934 - 1935 - 1936 - 1937 - 1938 - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 -



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional de Picuí Felipe Tiago

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Francisco de Amorim da Silva

Pessoa responsável pelo doente

Dá plena autorização aos médicos do Hospital.....que o
Assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, 23 de junho de 2013

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

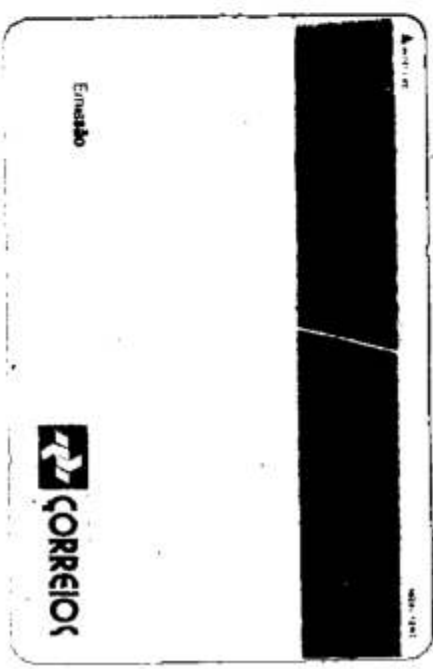
14

DOCUMENTO 5 *T54*



Vítima

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
J E M REGULADORA



CPE
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome _____
Nascimento _____



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MMO2604

CARMELITA DA SI

2013

[Imprimir Consulta](#)

MMO2604

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY

1994 1994

PARTICULAR VERMELHA

09/05/2014

REST. BEN.TRIBUTARIO

NOVA PALMEIRA

08/12/2014

Último Licenciamento: **2013**

Proprietário: **CARMELITA DA SI**

Placa: **MMO2604**

Combustível: **GASOLINA**

Marca/Modelo: **HONDA/CG 125 TODAY**

Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**

Ano de Fabricação: **1994**

Ano Modelo: **1994**

Categoria: **PARTICULAR**

Cor Predominante: **VERMELHA**

Vencimento Licenciamento: **09/05/2014**

Observação:

Restrição: **REST. BEN.TRIBUTARIO**

Financeira:

Município: **NOVA PALMEIRA**

Situação: **EM CIRCULACAO**

Data da Consulta: **08/12/2014**

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
JEM REGULADORA

16