



Número: **0002401-82.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **06/12/2016**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37672 831	10/12/2020 11:18	2771423_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5915547

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3140118922
Vítima: 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!

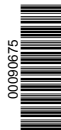
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Pag. 01349/01350 - carta_03



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

Pag. 00043/00044 - carta_02



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2015

Carta nº: 7619978

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3140118922
Vitima: 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

Pag. 00409/00410 - carta_15R





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 atrasos no restabelecimento da indenização no banco.

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

EM

CPF 51.310.940-16 / CNPJ 00.000.000/0001-91PROFISSÃO 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 CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supen 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reaproximação 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (este 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 conta informada 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000

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) 4316 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 REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ricuí - MS, 04 de julho
LOCAL E DATA

de 2015 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 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 13.943/2009) 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 0721170.





AUTO-ATENDIMENTO - PIXCEL

DATA: 26/06/2015

HORA: 11:12:04

TERMINAL: 49161002

CONTROLE: 491610020236

AGÊNCIA: 4916 - PÍDUI

CONTA: 013.00004469-8

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 SSP/PB EM 06/11/1982
 CPF 530401684-72 / CNPJ 00000000-0000-00 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 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 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
JEM 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) 3720-9

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 Francisco de Assis 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.

17



PROTOCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
JEM REGULADORA

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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

HORA: 17:46:59
CONTROLE: 491610020119

CONTA CREDITADA: 4916.013.00083720-9
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

18





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 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 ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESFRITAMENTE 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 colocar 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

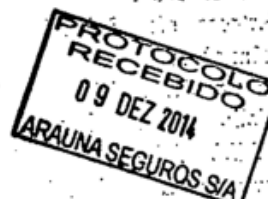
1ª) TESTEMUNHA END.: SÍTIO ESPERA, S/N -- ZONA RURAL DE NOVA PALMEIRA - PB, RG Nº 2.571.982-2ª VIA

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.

Carla
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-V31L
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324



01



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

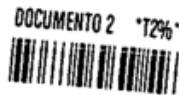
AGÊNCIA: 04916

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 570.401.684-72, 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

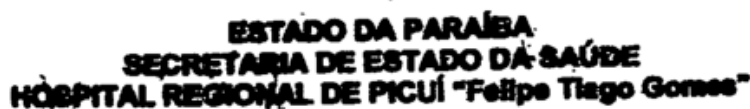


Picuí-PB, 01/12/14

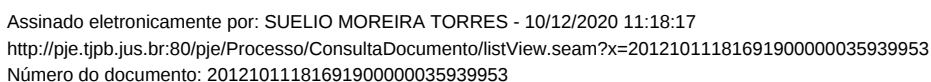
Local e data

02



[illegible]

Prova do Fato





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: PARDAS

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

Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA Documento: 974610

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: ST POSSE DO BENTO

Bairro: ZONA RURAL

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

Telefone para contato (83) 3371-2654 CNS: 126387074400006

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

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

INAGNANDO (NO. D.I.)

PROTÓCOLO RECEBIDO
13 MAI 2015
JE M REGULADORA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

PROTÓCOLO RECEBIDO
16 ABR 2015
JE M REGULADORA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

02

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: INO. D.I.

MEDICAÇÃO: 1. PRESCRITA 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO: 1. OBSERVAÇÃO 2. RESIDÊNCIA 3. OUTRO HOSPITAL 4. OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) 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
RECERINDO
12 DEZ 2014
J E M 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/Praça)	<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

19



FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
RUA BOA FÉ, 59 - APEA RURAL
PICO/PE CEP: 55187000 (AG. 80)

Classe: RURAL MONOFASICO
Rotavô: 2 - 60 - 582 - 4790
Nº medidor: 00000771030

Referência: Nov/2012
Emissão: 09/11/2012

Energisa

ENERGISA PIAUÁ - ODEBRECHT DE ENERGIA SA
Rm 200, Km 25 - Canto Pedreiro - João - 65131770 - CEP 65071-140
CNPJ 09.056.183/0001-80 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 105532
Código para Dúvida Automática: 00000118643

RESERVADO AO FISCO

708 ccc 53oc 9281 e94c 7812 e1a3 12a0

08110843

CDC (Código do Consumidor) 5/811084-3

Nov/2012

08/11/2012

05/12/2012

57040158477

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 01/11/2012 FATURAS
DEBIDADAS

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

FORNECIMENTO DE ENERGIA
47 x 0,23536

IMPOSTOS E ENCARGOS
PS
CCFAS
JUROS DE MORA 10/2012
MULTA 10/2012
ICMS (ISENTO)

Valor (R\$)

11,13

PROTOCOLO
REFERIDO
12 DEZ 2014
JEM REGULADOR

Out/12	53
Sep/12	40
Ago/12	45
Jul/12	48
Jun/12	52
Mai/12	61
Abr/12	64
Mar/12	52
Fev/12	64
Jan/12	58
Dez/11	55
Nov/11	54

Média dos últimos meses
52 kWh

VENCIMENTO

13/11/2012

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,97

8/2012 - Pedro Lacerda

DIC MENSUAL	12,40	5,84	NOMINAL	270
DIC TRIMESTRAL	24,71			
DIC ANUAL	49,42			
FIC MENSUAL	7,70	1,00	CONTRATADA	271
FIC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR	
FIC ANUAL	30,69	5,94	LIMITE SUPERIOR	
ICMS	9,78			
OUTROS	18,80			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,25	44,59
Cargos de Energia	4,50	38,18
Serviço de...	0,59	4,93
Encargos...	0,50	4,18
Impostos...	0,94	7,82
Outros...	0,00	0,00
Total	11,87	100,00

Valor do encarg. (Out 8/2012) R\$ 1,10
Sistema de Distribuição

ATENÇÃO

As demonstrações contábeis societárias e regulatórias, estão disponíveis na internet

20



**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
Til. Esp. Abramet N° 2223
CRM 5401
Médico do Tráfego

João Merez Bandeira de Sousa - CRM: 5401 - PB





DOCUMENTO 4 "T4%"

[illegible]

Prova do Fato



SUS



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPE: 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

Idade: 51 anos(meses) de idade dia(mes) de idade Sexo: M

Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR Documento: 974610 Nº: 0

Endereço: ST POSSE DO BENTO

Bairro: ZONA RURAL

Município/CEP/IBGE: NOVA PALMEIRA - PB - 58184000 - 251030

Telefone para contato (83) 3371-2554

CNS: 126387074400006

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

PESO: PA: TEMP: SSV CADASTRO: 121533

AMANESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

INAGNANDO (NO. D.I.)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

PROTÓCOLO RECEBIDO
16 ABR 2015
JE MREGULADORA

MALEIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

09

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

- CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 01 - ELETIVO
 - ☐ 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:

INO. D.I.

CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

- MEDICAÇÃO:
- ☐ 1. PRESCRITA
 - ☐ 2. APLICADA
 - ☐ OBSERVAÇÃO
 - ☐ RESIDÊNCIA
 - ☐ OUTRO HOSPITAL
 - ☐ ÓBITO
 - ☐ INTERNAÇÃO
 - ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

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

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU PEGUEGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO (CARIMBO)

Prova do Fato continuada

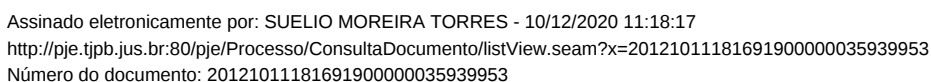




PACIENTE:	ENF.	LETO
Francisco de Assis da Silva	207	04
DATA: # ADMISSÃO #		SIGNATURA
23/03/13 às 16h - F.A.S., 51 anos, em união estável, agricultor, residente na zona rural de Nova Palmeira admitido neste setor hospitalar vítima de acidente motociclístico apresentando emagrecimento em indicadores submetendo-se a diálise peritoneal e nutrição. Nega HAS ou DM. Não utiliza medicamentos. Segue sob cuidados. <i>(assinatura)</i> Martha Priscila Dantas ENFERMEIRA COREN-PB 278.9		
22:35- Administrado uma ampola de SAT em virtude de estar com esquema vacinal contra tétano atrasado. Orientado a tomar sucos no posto de saúde. <i>(assinatura)</i> Martha Priscila Dantas ENFERMEIRA COREN-PB 278.813		
24.01.13- Paciente mantida internada. Alergia p. dieta. Higiene e eliminação intestinal preservadas. Sem repercussões prejudiciais. Refere dor no abdômen do lado esquerdo; mantém febre em MSD. Segue aos cuidados da enfermagem. <i>(assinatura)</i> COREN-PB 325.548		
20.05.13- Paciente não refere mais dor. Higiene preservada. Segue aos cuidados da enfermagem. <i>(assinatura)</i>		
PROTOCOLO RECEBIDO 16 ABR 2015 JEM REGULADORA		

Princípio do Fato

06





**GOVERNO
DA PARÁIBA**

Spital Regional de Piaci "Filipe Tiago Gomes"**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ME: Francisco de Assis da Silva IDADE: 51
RVICO: Cl. cirurgica ENF: 207 LEITO: 01

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OME: Francisco de Assis da Silva IDADE: 54º
 SERVIÇO: Cl. Cirúrgico ENF: 207 LEITO: 02

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
		Preservada segue MCPM aos cuidados da enfermagem.	
		PA: 110x80mmHg.	
24.01.19	24h	Paciente segue em repouso no leito, em ventôla, EGR, calma, consciência e orientado, aceita dieta, diurese presente, no momento sem queixas, segue MCPM, ferimentos limpos.	Kessia Maria Téc. de Enfermagem 623.691
		PA = 120x80mmHg	
25 01 19	05:00h	Paciente evolui bem toda a noite, não refere fúrias sono e repouso preservados. realizado curativo.	Margia Azeite de Melo Silva Téc. de Enfermagem 623.691
		PA: 110x80mmHg.	
	13h	Paciente evolui bem quanto à gita bem, afétil, em leito, calma e, consciente, deambulando, man- tem APP no MSD, funções fisi- ológicas presentes, sono, higiene e dieta preservadas. M.C.P.M. se- gue aos cuidados da equipe de enfermagem. PA: 160x130mmHg	PROTÓCOLO RECEBIDO 16 ABR 2019 EM REGULADORA
	14:30h	PA: 140x110mmHg	
	18:00h	Paciente recebe alta hospitalar e por além médica para retorno regular para cura cirúrgica no 2º plano.	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem 623.691

08





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Píscis "Filipe Tige Gomes"

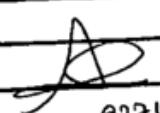
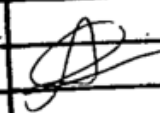
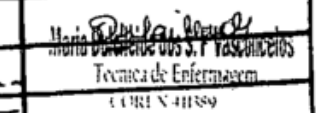


SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NR: Francisco de Assis da Silva IDADE: 64-528
RVIC: d. cirurgica ENF: 207 LEITO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
3.01.13	16:00	Paciente foi admitido nesse setor para submeter-se a proce- dimento cirurgico	 027104
13.01.13	21:00	Paciente evoluindo em repouso relato EGR, calma, consciente em contato, sem queixas de dor no momento foi U.C.P.M, vacilante, apresenta friagem em M.E.G. e M.S.E. providenciado por ocidente de mitoriedade segua em tratamento e aos cuida- dos de enfermagem.	
14.01.13	05:20	Paciente em repouso, com prurido de partes cefalica sem outras queixas, realizado curativo nas coxas e cuidados de enfermagem.	
		PA = 120 x 80 mmHg	
	13:00	Paciente consciente e em tudo, em repouso no leito deambula acerta de no momento não se pre- senta queixas, funções fisiológi- cas presentes em bom clima higiene corporal	 Suelio Moreira Torres Técnica de Enfermagem CUR N 41189

09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:18:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011181691900000035939953>

Número do documento: 20121011181691900000035939953

Num. 37672831 - Pág. 23



Orbital Explosion de Fion - Felipe Tingo Gomes

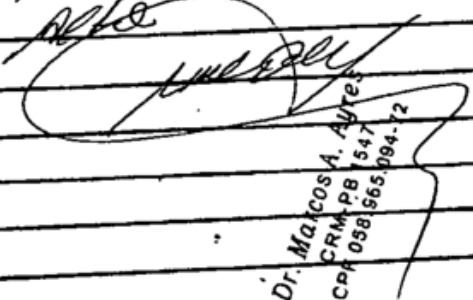


Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: Francisco de Assis da Silva Idade: 51 Reg.: 65.523

Nome: Manuel de Jesus Diagnóstico: Obesidade Local: 207-01

Serviço: Cl. Cirúrgica		Diagnóstico: Obstrução intestinal em S.O.
Data	Evolução	
08/1/79	Bom aspecto da parede abdominal. 	
	Dr. Marcos A. Ayres CRM-PB 1547 CPF 088.565.094-72	





GOVERNO
DA PARÁIBA

Hospital Regional do Planalto "Fátima Têgo Gomes"



SUS

Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: Francisco de Assis da Silva Idade: 519 Reg.: 65-523
Serviço: Ortopedia Diagnóstico: Enrijecimento induzido do Local: 207-1

Data	Evolução
	<u>ENRIJECIMENTO INDUZIDO DO</u> <u>DOVSTADINIA + LUMINA.</u>
	<u>Oncoquid. 25/01/12</u>
	<u>PLT VITAM de unidade de mpo</u> <u>oprenda fmpo sutura por ant</u> <u>Coluna de fmpo mediu ante protel</u> <u>to de membrana prouplante apita</u> <u>je fmpo pul Coluna Glesson.</u>
	<u>Condito: Antibiotico ate segund</u> <u>do 28/01 e cura como</u> <u>cura oncoquid de phls.</u>
<u>28/01/12</u>	<u>Dr. André Luis Siqueira</u> <u>ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA</u> <u>CRM 6207 1-07-11232</u>
	<u>Para o 06 O PLT VITAM</u> <u>SAUSO A PLT VITAM</u> <u>PROTODIA ATB LEMMA</u> <u>NR 68810 E VITAM</u> <u>Li FOLIA</u> <u>MEH HIA PLT VITAM</u>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:18:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011181691900000035939953

Número do documento: 20121011181691900000035939953

Num. 37672831 - Pág. 25



**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: Marmalinda Lopes

Pai: José Joaquim da Silva

Mãe: Ricardo Maria da Silva

Prof: Agrônomo Data Nasc.: 07.05.61 Idade: 51

Endereço: St. Paulo do Bento Nº _____

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

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Amargor de bexiga direita

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 23.12.13 Alta em 28.10.13 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		2 - CIBS	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME DO PACIENTE Flamério de Assis da Silva		65.523	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RAÇA/COR
1263870744 00006	07/05/1961	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	Pardo
9 - NOME DA MÃE Cícera Maria da Silva		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL motricidade hepática		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CID 10 PRINCIPAL	
St. Paulo do Bemto		251030	
15 - CID 10 SECUNDÁRIO		16 - CID 10 OUTRAS ASSOCIAS	
58.184.000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 1. Dor no U-ômigo de 1-ano			
2 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO U-ômico			
3 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) U-ômico			
4 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) U-ômico			
5 - PROCEDIMENTO SOLICITADO			
5 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Suoma C/ Debr. Panículo		6 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
7 - CLASSE		8 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
9 - CARACTER DA INFORMAÇÃO		10 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
11 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		12 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
13 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
15 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
16 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
17 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
18 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
19 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
20 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
21 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
22 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
23 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
24 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
25 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
26 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
27 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
28 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
29 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
54 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
55 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
57 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
58 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
59 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
61 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
63 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
64 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
65 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
66 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
67 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
69 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
71 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
72 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
73 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
75 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
76 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
77 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
78 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
79 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
81 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
82 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
83 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
85 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
87 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
89 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
90 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
91 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
93 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
94 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
95 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
96 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
97 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
99 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
100 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			





GOVERNO
DA PARÁIBA

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:

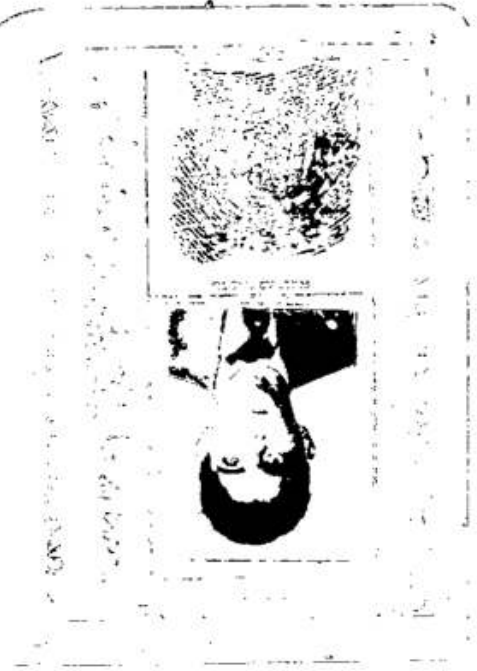
O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

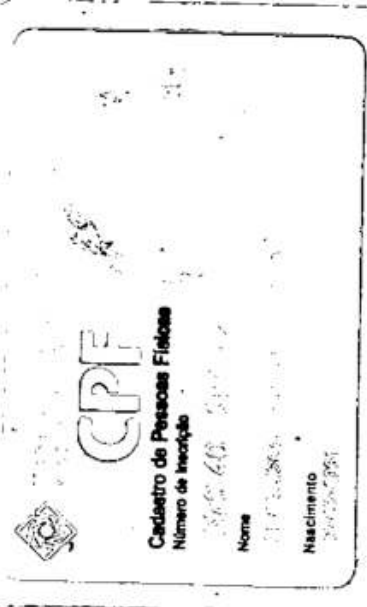
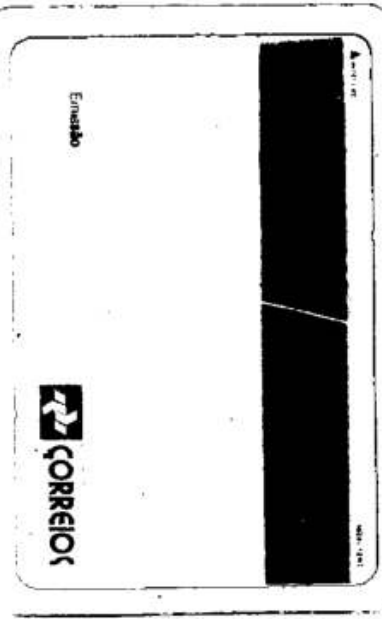


DOCUMENTO 5 *T5%



Vítima

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 DEZ 2014
J E M REGULADORA



15





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
2013	
 CARMELITA DA SI	 MMO2604
Imprimir Consulta	
PASSA / MOTOCICLET HONDA/CG 125 TODAY PARTICULAR VERMELHA 09/05/2014 REST. BEN.TRIBUTARIO NOVA PALMEIRA	GASOLINA 1994 1994 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

08/12/2014 14:15

