

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marcos Aurélio de Oliveira Silva, brasileiro, casado, regularmente inscrito no CPF/CNE sob o nº 636.890.342-0, residente e domiciliado à Rua El. Ednaldo Tavares Rufino, nº 263, Ad 11 B, bairro 403, município, Santa Rita/PB.

OUTORGADO:

DANIEL VIEIRA SMITH, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o nº 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, nº. 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

PODERES:

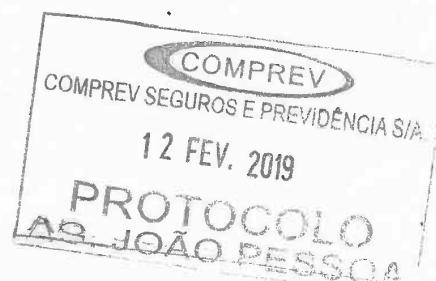
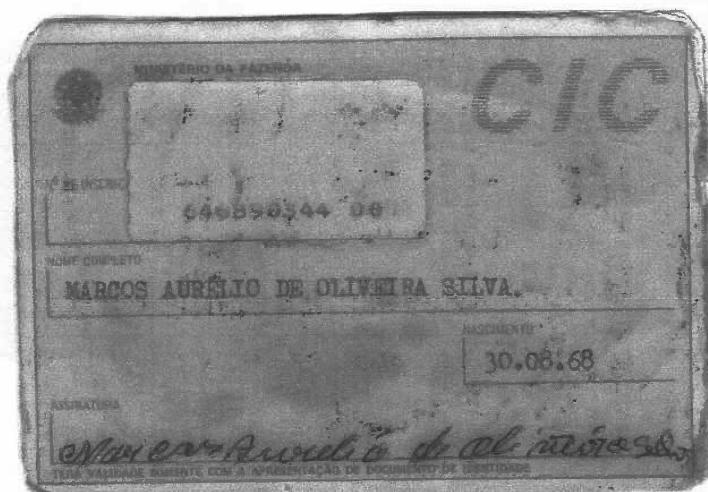
Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo representar em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso, receber intimações, renunciar, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para qualquer instância ou tribunal, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar perante os órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias Civis, IPC, IML, DML, GEMOL, podendo expressamente solicitar laudos e prontuários médicos em qualquer hospital público ou privado, tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita /PB, 08 de fevereiro de 2019.

x Marcos Aurélio Oliveira Silva

OUTORGANTE





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica . : Nº 019.942.066



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO GOMES DA SILVA
RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO, 261 Q.11B L.40B
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

08/02/2019

CONSUMO

0

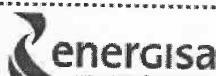
VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

Acesse: www.energisa.com.br



DESTACQUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

83660000000-1 24690054000-5 17147202019-6 02200009019-5

VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

MATRÍCULA

1714720-2019-02-2



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:38:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904081234430130000019825058>

Número do documento: 1904081234430130000019825058

Num. 20379907 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01470.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01470.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:50 horas do dia 03 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcos Aurélio de Oliveira Silva**, CPF nº 646.890.344-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Oliveira Silva e Miguel Trajano da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/08/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, complemento VILAGE, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Antiga Manzúá, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-7134.

Dados do(s) Fatos:

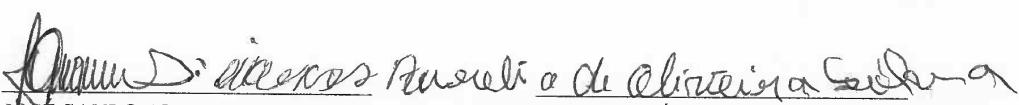
Local: Psf de Jacumã, Psf, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

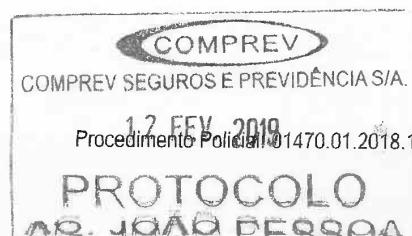
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante transitava nas proximidades do PSF de Jacumã, Cidade de Conde/PB, e que na ocasião estava no carona, onde quem conduzia o veículo era a pessoa de Marcio Aurélio Dias da Silva, portador do CPF nº 074.578.494-16; QUE segundo o notificante veículo este uma motocicleta, marca e modelo: HONDA NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: OFE 1872/PB, Chassi nº 9C2KD0810HR416321, registrado em nome do piloto; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço citado, um outro veículo, não sabendo especificar a marca e modelo, fez uma manobra errada e acabou por colidir no veículo que o notificante estava; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0852/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 18.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de agosto de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA
Agente de Investigacao Noticiante





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 802/109, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1936374, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA idade 49 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 01/01/2018, nas proximidades do PSF de Jacumã, Bairro: Conde-PB - aproximadamente às 10:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CRE153 Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A
12 FEB. 2019
PROTÓCOLO
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90806 Atd: Nao Regula
Data: 01/01/2018
Hora: 12:03:37
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.000056

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987188971

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00VILAGE

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF :PB

Mae: MARIA DAS NEVES Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO-MARCIO

Trat. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End. residencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Tra. correto utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXMOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Qxa Principal

Observacao

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

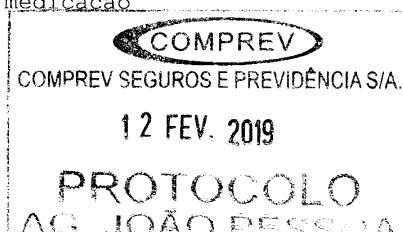
*Pt. subiu de cama de moto, com
fratura ossos pernas D.*

Diagnostico

PD: Interventos | Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PRÉVIDÊNCIA S/A
12 FEVEREIRO 2019

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI *
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





AVOADO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Marco Aurélio de Oliveira Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 48 anos	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 01/01/2018		DATA DE ALTA 05/01/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 04 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Diafisária de Tibia Dir.				CID S82.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombólita e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 21 dias para revisão.					
05.01.2018		DATA			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEB. 2019

PROTÓCOLO

Dr. Alexandre Góes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128/PE/10 9803

ASS. MÉDICO / C.R.M

Complexo Hospitalar
MANUCAIRITA
GOVERNADOR TRINDADE - BAHIA

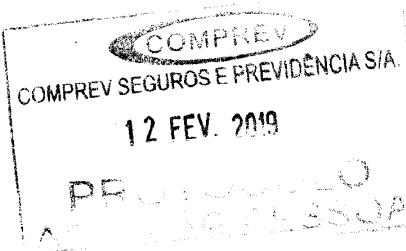
PL. Marcos Antônio de Oliveira Silve
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em forma
resultando em fratura da tibia, foi
submetido à osteosíntese e
remoção de material de osteosíntese
encontrando-se adaptado a realização das
atendimentos de fisioterapia e fisioterapeuta por um
período de 120 (cento e vinte) dias a
contar da data abaixo:

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128-PB SBOT 9.603
28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mario Antônio de V. Sohá portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S.82.9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (15) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 05/03/2018

João Antônio F. Pinheiro
Médico

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 1 - CPF 2 - CGC 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: *Marco Aurélio Silva*

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

() PAM

() SES

() SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura de Ossos da Perna E* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

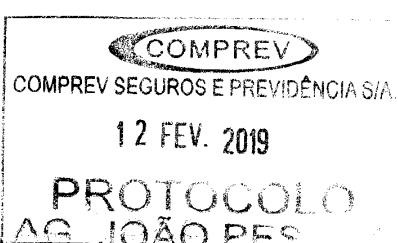
MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Perna AP/P*

Dr. Alexandre Balveo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603

DATA: 24 /01 /2018

CARIMBO E ASSINATURA





NÚMERO DO CADASTRO:

2 3 9 9 6 2 8

1 - CPF 2 - CGC 2

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE:

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO: *Marco Aurélio Silva*

ORIGEM

BAIRRO: _____

() PAM _____

() SES _____

() SSM _____

DADOS CLÍNICOS

Fratura de Ossos da Perna E

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

*Rx da Perna AP/P*DATA: 28/02/2018

Dr. Alexandre Galvão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 9128 SBTO 9583
 CARIMBO E ASSINATURA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO
BURITY
CRM: 10.202.434/0001-28
Endereço: Rua Agente Fiscal José Duarte,
S/N – Mangabeira II – CEP 58.056-384
João Pessoa - PB

1ª via retenção da farmácia ou drogaria
2ª via orientação do paciente

Dr. Alexandre Góvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SMT 09603

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: Rua Projetada, 00. Jacumã
Conde -PB

Prescrição: *Tramadol (50mg) ----- 01 caixa*
Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores
Dor

Data: *03/01/18*

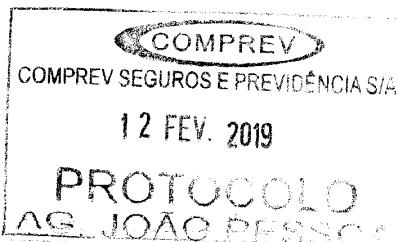
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico Data: _____ / _____ / _____





P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

23.30

1) Ciprofloxacin (500mg) ----- 01 CX

(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por 18 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) 50.57 ----- 01 CX

(Cloridrato de tramadol) 16,89

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas. se dores

3) Pradaxa (110mg) 237,65 ----- 60 Comprimidos

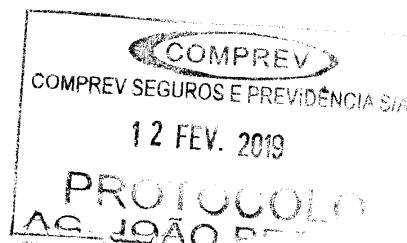
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30) trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SET 09603

03.01.18

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcio Aurelio Oliva Data da Admissão: 1/1/1
Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1
QPD: Excessos pelo D
HDA: Pele seca de vez em quando, com pele seca
pele D

COMPREV
SEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A
12 FEB 2019

Medicações em uso: PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume _____
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos _____
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____ *Exames para D.*Conduta: *Internar*

COMPREV
COMPREV SEGHRAF E PREVIDÊNCIA SIA
12 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Nome: <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				Registro:
Idade: <i>48 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>03/01/2018</i>		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: <i>Enéas (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>		Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura 1/3 Proximal Cominutiva de Tibia Direita</i>				<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
				<i>COMPREV</i> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				12 FEV. 2019 CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tibia</i>				PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<p>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>Assepsia + Antissepsia</p> <p>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</p>	
Incisão:	
<p>Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita</p> <p>Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério</p> <p>Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia</p>	
Achados:	
<p>Visualização de foco de fratura da tibia</p>	
Conduita:	
<p>Realizada manobra de redução</p> <p>Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm</p> <p>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco</p> <p>Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco</p> <p>Limpeza exaustiva da ferida operatória com SF a 0,9%</p> <p>Realizado RX controle</p>	
<p style="text-align: right;">COMPREV COMPREV SISTEMAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO 12 FEVEREIRO 2019</p> <p style="text-align: right;">PROTÓCOLO AO PESSOAL</p>	
Fechamento:	
<p>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</p> <p>Curativo</p>	
OBS:	
<p style="text-align: right;">Dr. Alexandre Salazar Ortopedia e Traumatologia CRM 9128-B/TO 9603</p>	

Data: 03/01/2017

MÉDICO/CRM





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Mario Antônio de Oliveira Salles

DATA DO ATENDIMENTO: 03/01/18

N° PRONTUÁRIO: _____ FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Galvão

DIAGNÓSTICO: Ex diafragma T12

PROCEDIMENTO: Examen

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



Assinatura e Carimbo

NOME: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS



Retorno
19/02/19 - 10:00



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

uso-oral

50,3

1) Ciprofloxacin (500mg) 01 CX

(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por 78 (oitenta) dias.

2) Tramadol (50mg) 01 CX

(Cloridrato de tramadol) 26,89

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores

3) Pradaxa (110mg) 37,65
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante 30 trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91285709603

03.01.18



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

uso oral

1) Ciprofloxacina (500mg) 01 CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
08 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) 01 CX
(Cloridrato de tramadol)

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores

3) Pradaxa (110mg) 60 comprimidos
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30)
trinta dias.

Dr. Alexandre Salvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 8603
03.01.18

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO
BURITI
CRM: 10.202.424/0001-28
Endereço: Rua Agente José Duarte,
S/N – Mangabeira II – CEP 58.056-384
João Pessoa - PB

Dr. Alexandre Gentil
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 8170 6603
CARAMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

1ª via retenção da farmácia ou drogaria
2ª via orientação do paciente

paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: Rua Projetada, 00.Jacumã
Conde -PB

Prescrição: *Tramadol (50mg) ----- 01 caixa*
Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores

ortes

Data: *03/01/18*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico Data: _____



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Manoel Antônio de Oliveira, portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S 82 9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (Maneito) dias, a partir desta data. 01/01/18

João Pessoa, 05/01/2018

João F. Pinheiro

Assinatura do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr. (a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Frei Luís Costa Diante, 511, Centro, Manaus - AM

PI: Marcos Antônio de Oliveira Silve

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma no tórax
e óbito no 3º dia pós-operatório, foi
admitido (2) no dia 18/02/2018, com
sintomas de hemorragia interna e
dilatação mediastinal. Foi submetido a
periodo de 120 minutos a ventilação
controlada intubada.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedista
CRM 9.128-PB
SBOT 9.603

28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB
SBOT 9.603



12

CERTIDÃO

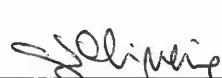
Nº. 0852/2018

Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes a **MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 12H03min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018. Alta médica dia 05/01/2018.

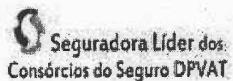
E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051633/19

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 646.890.344-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190121394

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019

Nome: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 646.890.344-00

Marcos Aurelio L. C.

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Devolvido

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

Marcilio

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
696.890.344-00 Marcon Angelo de Oliveira				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:	696.890.344-00	
Profissão: Devedor		Endereço: Av Cel Edmundo Teixeira Rufino	Número: 261	Complemento: casa
Cidade: Tibiri		Estado: PB	CEP: 58.310-000	Tel.(DDD): 98890-2134
E-mail: _____				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **2105** CONTA: **31317** (3)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2105** CONTA: **31317** (3)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pedro 12/02/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Pedro 12/02/2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: **COMPREV**
Assinatura: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

CPF: _____

12 FEB. 2019
Assinatura

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	646.890.344-00	Marcos Aurelio de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcos Aurelio de Oliveira Silva	646.890.344-00	Pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Pronta da Vilação		
Bairro	Estado	CEP
Indeterminado	Panambi	58000-000
Email	Telefone (DDD)	
DVS ADVOCACIA @ GMAIL.COM	(83) 98712-5439	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
Bradesco		237	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2195		31317	3
(Informar dígito se existir)			

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

fora Puxa, 15 de novembro de 2018.

Local e Data

Marcos Aurelio Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marco Aurélio de Oliveira Silva, portador da carteira de identidade nº 1.356.931 e inscrito no CPF/MF sob o nº 646.800.344-00, residente e domiciliado na Rua Presidente / Village, Cidade Conde/PB, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- 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.

Marco Aurélio de Oliveira Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Conde/PB, 15 de novembro de 2018.

Local e data



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, Marcus Aurélio de Oliveira Silva

SEGURADORA) DO RG N° 1.356.931 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 07/01/1988 E

CPF 646890314-00 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA marcus Aurélio de O. Silva, 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta 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 SISDPVAT 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 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 237 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2195 N° da CONTA (com dígito, se existir) 31317-3

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

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

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.

foi Paga 15 de novembro de 2018 marcus Aurélio. O. 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.





DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/1.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de ra).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Marcus Aurelio de Oliveira Silva** CPF da Vítima **646.890.344-00** Data do Acidente **01.01.2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que;

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data
Local e Data

X **Marcus Aurelio Oliveira Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Márcio Aurélio Dias da Silva,

RG nº 3324768, data de expedição 09/09/14,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 074.578.499-16, com
domicílio na cidade de Conde, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
cel Edinaldo Tavares Rufino, nº 261,
complemento AD11 B1408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Márcio Aurélio de O. Silva, cujo o condutor era
Márcio Aurélio Dias da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESDD

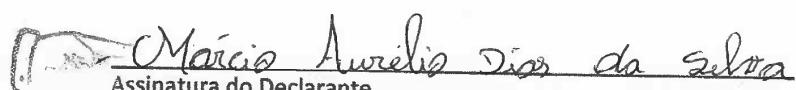
Ano: 2014

Placa: 0F6 1872/PB

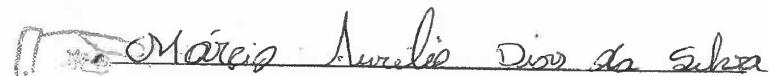
Chassi: 9E2KD0810HR416321

Data do Acidente: 03/01/2018

Local e Data: João Pessoa, 15 de novembro de 2018.


Márcio Aurélio Dias da Silva

Assinatura do Declarante


Márcio Aurélio Dias da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

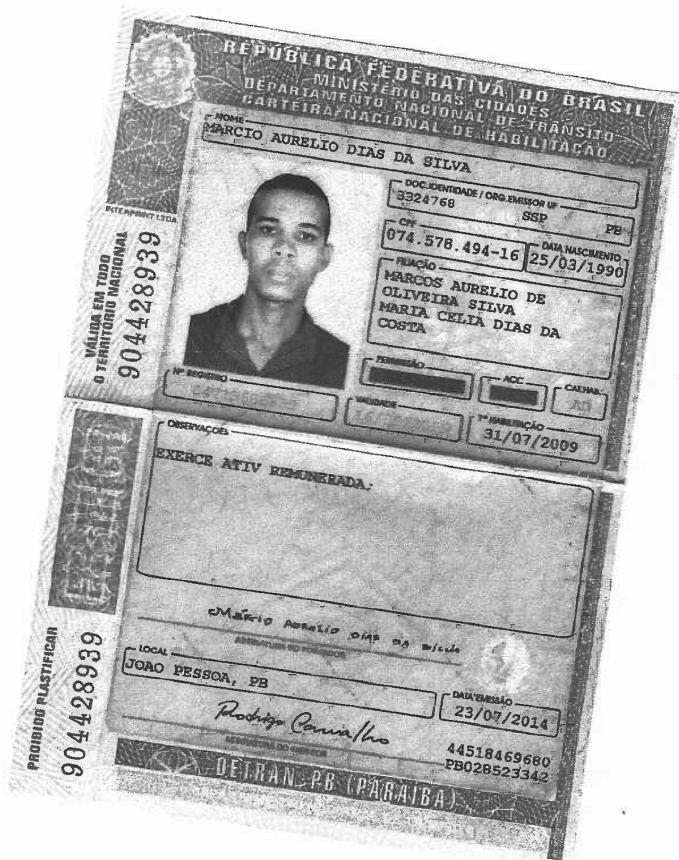
 CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 59030-000 | www.azevedobastos.not.br | Tel.: (83) 3244-5407 | Fax: (83) 3244-5484

Reconheço por autenticidade a assinatura de MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, 22 de Janeiro de 2018
Em Teste de verdade.

MARCELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrivente (Qtd 1: Total R\$ 12,13)
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B: AGJ06728-K784
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

 COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:39:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812380225800000019825184>
Número do documento: 19040812380225800000019825184

Num. 20380047 - Pág. 2





(/)



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

(/Pages A A ⓘ
/Acessibilidade.aspx)

(/Pages

/Atalhos-
de Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas
Médicas (/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)

Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)

Documentos Morte
(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.



PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages
/Saiba-
como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages
/Consulta-
a-Pagamentos-
Efetuados.aspx)

Posição em 08-04-2019 11:42:53

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx) (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx>) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na
App Store [\(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8\)](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.digital>



Servicios

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora
Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
 - › Sobre o Seguro
DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
 - › Informações Gerais
(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
 - › Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
 - › Dicionário do Seguro

Atendimento

- › Chat - Atendimento
On-line (/Contato
/Chat-e-Atendimento-
On-Line)
 - › Dúvidas, Reclamações
e Sugestões (/Contato
/Dúvidas-
Reclamacoess-
e-Sugestoes)
 - › Telefones de Contato
(/Contato/telefones-
de-contato)
 - › Ouvidoria (/Contato
/Ouvidoria)
 - › Canal de Denúncias
(/Contato/canal-
de-Denuncias)



- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao) DPVAT (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)
- › DPVAT/Dicionario- do-Seguro-DPVAT) Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Fr
- › Mapa do Site (/Mapa- do-Site) Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



08/04/2019 11:43



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:39:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812381112100000019825189>
Número do documento: 19040812381112100000019825189

Num. 20380052 - Pág. 3

Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801274-85.2019.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Nos termos do art. 238¹, CPC, **CITE-SE** a parte promovida, com a contrafé e cópia deste despacho, para no prazo de 15 dias, com o processo no estado em que se encontra, informar sobre a possibilidade de transação em audiência de conciliação prévia e, caso positivo, **REMETA-SE** ao CEJUSC para as providências devidas.

Do contrário, não havendo interesse em audiência de conciliação prévia, fica intimada a parte promovida para, no mesmo prazo anterior, oferecer defesa, nos termos do art. 335, III² c/c 231, I³, ambos do CPC, sob pena de decretação de revelia e produção destes efeitos.

Ademais, ocorrendo a hipótese de desinteresse em audiência de conciliação préviaem que a parte promovida opta pela apresentação da peça defensiva, conforme supra, nos termos do art. 465, caput⁴, CPC/2015 e em face do **CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO 015/2014 ENTRE O PODER JUDICIÁRIO ESTADUAL E A PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DO CONSÓRCIO DE SEGURADORAS**em razão de demandas dessa natureza, de antemão, NOMEIOa(o) Dr(a). VERUSKA LUNGUINHO OLIVEIRA DE PONTES, veruskapontes@ig.com.br (83) 9133-0633, AV. NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES, 500 - TAMBAÚ João Pessoa 58039-111, como perito(a) do Juízo, devendo cumprir o encargo obedecendo as advertências do art. 466, caput⁵, CPC/2015, observando as determinações dos §§⁶1º e 2º, do mesmo dispositivo normativo, ficando intimada a parte promovidapara, querendo, no mesmo ato, apresentar manifestação consoante art. 465⁷, §1º, I a III, CPC/2015, bem como recolher o valor dos honorários periciais, os quais arbitro em **R\$ 200,00 (duzentos reais)**e, ato contínuo, nesta mesma hipótese, **INTIME-SE a parte promovida**para, querendo, apresentar manifestação quanto aos mesmos termos, no mesmo prazo.

Escoado o prazo e recolhido o valor dos honorários periciais, **INTIME-SE PESSOALMENTE** a perita nomeada para dizer se aceita o encargo e, aceitando, designar o ato com prazo mínimo de 15 (quinze) dias, não excedente a 30 (trinta) dias, devendo entregar o laudo pericial no prazo de 05 (cinco) dias, após o exame.



Aceito o encargo e designado o dia, nos termos do art. 474⁸, CPC/2015, **INTIME-SE** as partes para realização do ato no dia, hora e local designados.

Ato contínuo, juntado o laudo nos autos, **INTIME-SE** as partes para, querendo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, conforme art. 477, §1⁹ CPC/2015, apresentar manifestações, informando sobre a possibilidade de transação em comum acordo e/ou indicar outras provas, sob pena de julgamento antecipado do feito, nos termos do art. 355, I¹⁰, CPC/2015.

Escoado o prazo à cima e não havendo impugnações, **EXPEÇA-SE ALVARÁ** à perita nomeada e **INTIME-SE** pessoalmente para levantamento, entregando-o(a) mediante recibo nos autos, bem como, **QUANTO AO FLUXO DO PROCEDIMENTO**, não havendo requerimento de audiência de conciliação ou de produção de outras provas, **CERTIFIQUE-SE** o decurso e faça-se **CONCLUSOS** para julgamento.

SANTA RITA, 21 de maio de 2019

06819405499

Juiz(a) de Direito

1(CPC/2015) Art. 238. Citação é o ato pelo qual são convocados o réu, o executado ou o interessado para integrar a relação processual.

2(CPC/2015) Art. 335. O réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data: (...) III - prevista no art. 231, de acordo com o modo como foi feita a citação, nos demais casos.

3(CPC/2015) Art. 231. Salvo disposição em sentido diverso, considera-se dia do começo do prazo: I - a data de juntada aos autos do aviso de recebimento, quando a citação ou a intimação for pelo correio;

4(CPC/2015) Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

5(CPC/2015) Art. 466. O perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso.

6(CPC/2015) Art. 466. § 1º Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição. § 2º O perito deve assegurar aos assistentes das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar, com prévia comunicação, comprovada nos autos, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.

7(CPC/2015) Art. 465, §1º. I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.



8(CPC/2015) Art. 474. As partes terão ciência da data e do local designados pelo juiz ou indicados pelo perito para ter início a produção da prova.

9(CPC/2015) Art. 477. § 1º As partes serão intimadas para, querendo, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

10(CPC/2015) Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando: I - não houver necessidade de produção de outras provas;





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita

PÇ ANTENOR NAVARRO, CENTRO, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-010

Número do Processo: 0801274-85.2019.8.15.0331
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, nesta data, juntei o comprovante de recebimento da carta de citação pela Secretaria.

SANTA RITA, 19 de junho de 2019

LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA

Analista Judiciária



Assinado eletronicamente por: LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA - 19/06/2019 16:48:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061916480716400000021499621>
Número do documento: 19061916480716400000021499621

Num. 22144315 - Pág. 1

Successfully created



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCESSO N° 0801274-85.2019.8.15.0331

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[SEGURO]

AUTOR: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem da MM Juíza de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 238 do CPC, **CITO a MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A** (Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - de 1147 a 1741 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-001) para, no prazo de 15 dias, oferecer defesa, nos termos do art. 335, III c/c 231, I3, ambos do CPC, sob pena de decretação de revelia e produção destes efeitos.

Segue link abaixo contendo cópia da inicial e do despacho.

SANTA RITA-PB, 14 de junho de 2019.

LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA
Analista Judiciária

Luciana 19/06/2019

14/06/2019 12:07



PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
1904081238317070000019824501 e 19060222153547100000020738012



Assinado eletronicamente por: **LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA**

14/06/2019 12:06:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: **22024427**



19061412065533600000021386508

[imprimir](#)



Assinado eletronicamente por: LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA - 19/06/2019 16:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061916480795300000021499623>
Número do documento: 19061916480795300000021499623

Num. 22144317 - Pág. 2

14/06/2019 12:07