



Número: **0801274-85.2019.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **08/04/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
VERUSKA LUNGUINHO OLIVEIRA PONTES (TERCEIRO INTERESSADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46281 167	27/07/2021 11:11	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46281 170	27/07/2021 11:11	<a href="#"><u>2620995_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
46281 176	27/07/2021 11:11	<a href="#"><u>2620995_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711110617000000043970376>  
Número do documento: 21072711110617000000043970376

Num. 46281167 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190144011**

**Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01329/01330 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020665

Carta nº 13971886



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190144011 Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002105-9

Conta: 0000031317-3

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=210727111101120000043970379>  
Número do documento: 210727111101120000043970379

Núm. 46281170 - Pág. 2



## 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:
	646.890.344-00	Marco Antônio de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	
Endereço:	Complemento:	
Tibiri	261	
Cidade:	CEP:	
Santa Rita	58.320 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD):	
	98890-7134	

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**AGÊNCIA:** 2105 **CONTA:** 31317  
 (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**INVALIDEZ PERMANENTE**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML 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. 39, §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

**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 Pessoa 12/02/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 12 FEV. 2019  
 Assinatura: PROTOCOLO  
 AD. 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 RÔGO, 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.





## 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:		
	646.890.344-00	Marcos Angelito de Oliveira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Marcos Angelito de Oliveira		CPF: 646.890.344-00		
Profissão: Deskreiro	Endereço: P. Cel Ednaldo Tavaresio Rufino	Número: 261	Complemento: Casa	
Tibiri	Cidade: Santa Rita	Estado: PB	CEP: 58.320 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD): 98890-7134			

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**INVALIDEZ PERMANENTE**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML 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 Lider 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

**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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 Pessoa 12/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: COMPREV  
COMPRES SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A  
Assinatura: 12 FEV. 2019  
Assinatura: PROTOCOLO  
Assinatura: AD. 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 RÔGO, 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª 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 integra: 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 Investigação, 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 acima 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  
Agente de Investigação

MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA  
Noticiante



1/1





## 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:
	646.890.344-00	Marco Antônio de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	
Endereço:	Complemento:	
Tibiri	261	
Cidade:	CEP:	
Santa Rita	58.320 - 000	
Estado:	Tel.(DDD):	
PB	93 98890-7134	
E-mail:		

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**AGÊNCIA:** 2105 **CONTA:** 31317  
 (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**INVALIDEZ PERMANENTE**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML 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. 39, §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

**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 Pessoa 12/02/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
 COMPREV SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A  
 12 FEV. 2019  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 PROTOCOLO  
 AD. 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 ROGO, 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.







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



REGIONAL JOÃO PESSOA

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

CREI5# Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
12 FEV. 2019  
PROTÓCOLO  
DIRETOR PESSOA

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



**EM BRANCO**

**EM BRANCO**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 9



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

CREI5# Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
12 FEV. 2019  
PROTÓCOLO  
DIRETOR PESSOA

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



**EM BRANCO**

**EM BRANCO**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 11

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000000031317-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO28022019050000000002370210500000031317236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 12

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - N° 019.942.066



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bir 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-006  
CNPJ 09.205.183 / 0001-40 Insc. Est. 10.015.223-0

DADOS DO CLIENTE	
GILBERTO GOMES DA SILVA RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 40B SANTA RITA	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO
FEV/2019	08/02/2019

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15/02/2019	R\$ 24,69

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

ESTAMPA AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA Roteiro: 06-009-901-1820 83660000000-1 24690054000-5 17147202019-6 02200008019-5		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/02/2019	R\$ 24,69	1714720-2019-02-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 13

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - N° 019.942.066

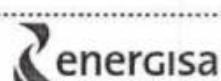


ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bir 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-006  
CNPJ 09.205.183 / 0001-40 Insc. Est. 10.015.223-0

DADOS DO CLIENTE	
GILBERTO GOMES DA SILVA RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 40B SANTA RITA	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO
FEV/2019	08/02/2019

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8



DESTAQUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820  
83660000000-1 24690054000-5 17147202019-6 02200008019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/02/2019	R\$ 24,69	1714720-2019-02-2

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>

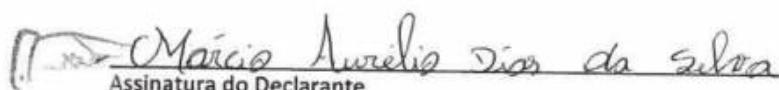
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 14

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Márcio Aurelio Dias da Silva,  
RG nº 3324768, data de expedição 09/09/14,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.578.499-16, com  
domicílio na cidade de Conde, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Av Edinaldo Tavares Rufino, nº 261,  
complemento AD11 B408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Marcos Aurelio de O. Silva, cujo o condutor era  
Márcio Aurelio Dias da Silva.

Veículo: moto  
Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESDD  
Ano: 2017  
Placa: OFE 1872/PB  
Chassi: 9E2KDO810HR416321  
Data do Acidente: 03/01/2018  
Local e Data: João Pessoa, 15 de novembro de 2018.

  
Assinatura do Declarante



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 TABELLONATO DE NOTAS - Código CMJ 06.678-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1140 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58035-006 - [www.azevodobastos.mtjpb.gov.br](http://www.azevodobastos.mtjpb.gov.br) - Tel.: (031) 3244-3461 - Fax: (031) 3244-3464

Reconheço por autenticidade a assinatura de MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA  
a qual confere com o pedestal registrado nessa serventia, dou fé.  
João Pessoa, 22 de Janeiro de 2018  
Em Teste - de verdade.  
MARCELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrivente (Qty 1: Total R\$ 12,13)  
Selo Digital de Fiscalização: Tipo Normal B : AGJ06726-K784  
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





12

## CERTIDÃO

Nº. 0852/2018

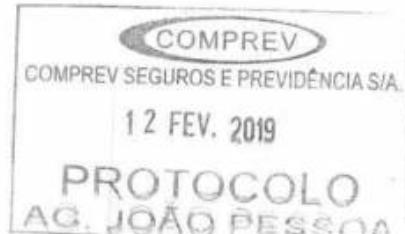
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



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

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA Num. de vezes atendido: 1

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

Tel Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXMOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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
Glicemia:	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)

10h subiu de cama de moto, com  
fratura ossos perna D.

Diagnostico

CD: Inflamatorio Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

#### COMPONENTES DA TERRA

**DESTINO DO PACIENTE**

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	<i>Mario Aurelio Oliva</i>	Data da Admissão:	<u>/</u> / <u>/</u>
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			Data de Nascimento <u>/</u> / <u>/</u>
QPD:	<i>Excesso peso D</i>		
HDA:	<i>Ptite retra de ac de mots, com febre tive excesso peso D</i>		
Medicações em uso:	<i>COMPREV 12 FEV 2019 PROTÓCOLO JOÃO PESSOA</i>		
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 [ ]Dispneia [ ]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 [ ]Banho 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: \_\_\_\_\_

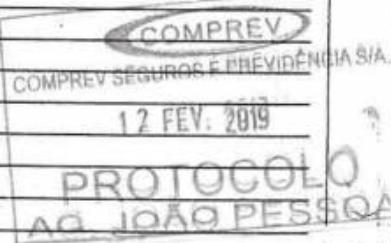
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: *Excesso peso D.*Conduta: *Intervento*



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>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				12 FEV. 2019 CÓDIGO <i>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>
<i>Osteossíntese de Fratura de Tibia</i>				
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	
<b>Posição e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tíbia
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9% Realizado RX controle
<b>Fechamento:</b>	Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele Curativo
<b>OBS:</b>	

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA  
12 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data: 03/01/2017

Dr. Alexandre Calvão  
CRM 9128 - Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 - Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO/CRM

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

P/ Marcos Aurelio de Oliveira Silve  
Laudo Médico

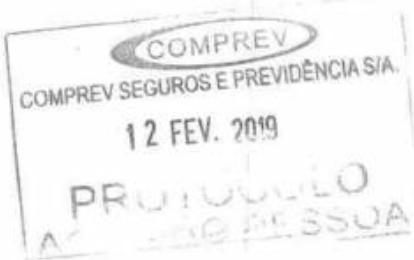
Paciente homem de trânsito em parada  
resultando em fratura da tíbia, foi  
submetido à artrotraumatofibroplastia com  
uso de manto. na de osteosíntese,  
encontrando-se adaptado a realização suas  
atividades lazerísticas e laborais por esse  
período de 120 (cento e vinte) dias e  
contar da data abaixo:

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão  
Osteopedia e Traumatologia  
CRM 9.128 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) Marco Aurélio de V. Soárez 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 (1 mês) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 05/03/2018

Leandro F. Pinheiro  
Médico

Assinatura e Cântabro 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, 6/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





**-LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE <i>48 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>05/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>04 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia Dir.</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANAMSE PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <i>(X) MELHORADO</i>		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>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, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i>					
Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i>					
<i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					
<i>05.01.2018</i> DATA					
<i>Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 91281-SBTO 9603</i> ASS. MÉDICO / C.R.M					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





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	PACIENTE: Marco Aurélio Silva	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA	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				
DATA: 24 /01 /2018					
CARIMBO E ASSINATURA					

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBT 09603





NÚMERO DO CADASTRO:

2399628

1 - CPF    2 - CGC

2

102024340000128

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

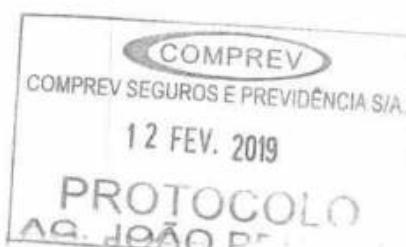
EXAMES SOLICITADOS

Rx da Perna AP/P

DATA: 28/02/2018

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8128 SB 10 00035

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

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

Dr. Alexandre Góes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SINTO 9603

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*

Fortes

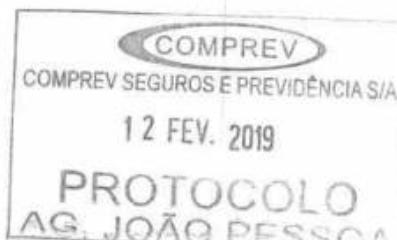
Data: *03/01/18*

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

uso Oral

19,35

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

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

2) Tramadol (50mg) 52,57 ----- 01 CX  
(Cloridrato de tramadol) 16,89

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

3) Pradaxa (110mg) 337,65 ----- 60 Comprimidos  
(comprimidos)

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

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9129 SETO 9603

03.01.18

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





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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



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

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA Num. de vezes atendido: 1

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

Tel Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXMOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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
Glicemia:	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)

10h subiu de cama de moto, com  
fratura ossos perna D.

Diagnostico

CD: Inflamatorio Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

DETTINGO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	<i>Mario Aurelio Oliva</i>	Data da Admissão:	<u>/</u> / <u>/</u>
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			Data de Nascimento <u>/</u> / <u>/</u>
QPD:	<i>Excesso peso D</i>		
HDA:	<i>Ptite retra de ac de mots, com febre tui excesso peso D</i>		
Medicações em uso:	<i>COMPREV 12 FEV 2019 PROTÓCOLO JOÃO PESSOA</i>		
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 [ ]Dispneia [ ]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 [ ]Banho 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: \_\_\_\_\_

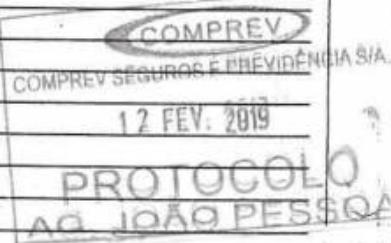
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: *Excesso peso D.*Conduta: *Intervento*



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 Tíbia Direita</i>				<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				12 FEV. 2019 CÓDIGO <i>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>				
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	
<b>Posição e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tíbia
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9% Realizado RX controle
<b>Fechamento:</b>	Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele Curativo
<b>OBS:</b>	

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

Data: 03/01/2017

Dr. Alexandre Calvão  
CRM 9128 - Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 - Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO/CRM

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

P/ Marcos Aurelio de Oliveira Silve  
Laudo Médico

Paciente homem de trânsito em parada militando em fratura da tíbia, foi submetido à artroscopia cirúrgica com uso de anestesia local de autoclínese, encontrando-se intacta a articulação suas articulações lombares e lombares por um período de 120 (cento e vinte) dias e contará da data abaixo.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão  
Osteopedia e Traumatologia  
CRM 9.128 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) Marco Aurélio de V. Soárez 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 (1 mês) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 05/03/2018

Leandro F. Pinheiro  
Médico

Assinatura e Cântabro do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

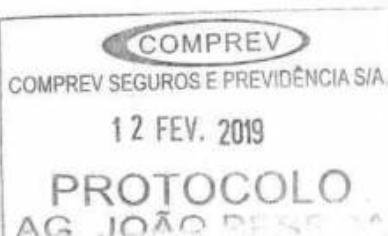
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 6/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





**-LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE <i>48 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>05/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>04 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia Dir.</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANAMSE PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <i>(X) MELHORADO</i>		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>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, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i>					
Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i>					
<i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					
<i>05.01.2018</i> DATA					
<i>Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 91281-SBT 09603</i> ASS. MÉDICO / C.R.M					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





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	PACIENTE: Marco Aurélio Silva	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA	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				
DATA: 24 /01 /2018					
CARIMBO E ASSINATURA					

*Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBT 09603*





NÚMERO DO CADASTRO:

2399628

1 - CPF    2 - CGC

2

102024340000128

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

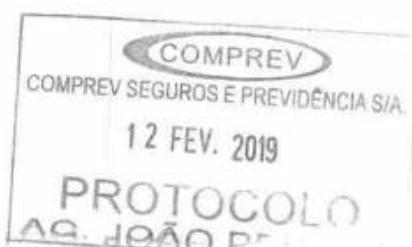
EXAMES SOLICITADOS

Rx da Perna AP/P

DATA: 28/02/2018

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8128 SB 10 00035

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

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

Dr. Alexandre Góes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SINTO 9603

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*

Fortes

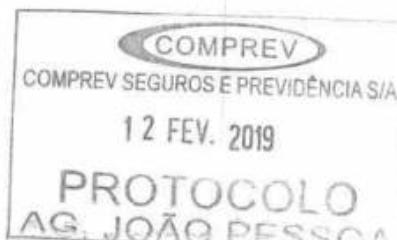
Data: *03/01/18*

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

uso Oral

19,35

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

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

2) Tramadol (50mg) 52,57 ----- 01 CX  
(Cloridrato de tramadol) 16,89

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

3) Pradaxa (110mg) 337,65 ----- 60 Comprimidos  
(comprimidos)

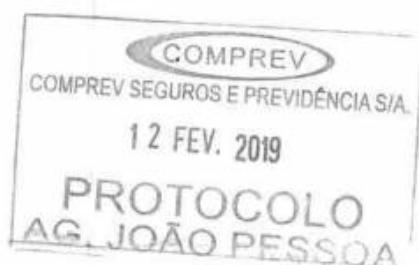
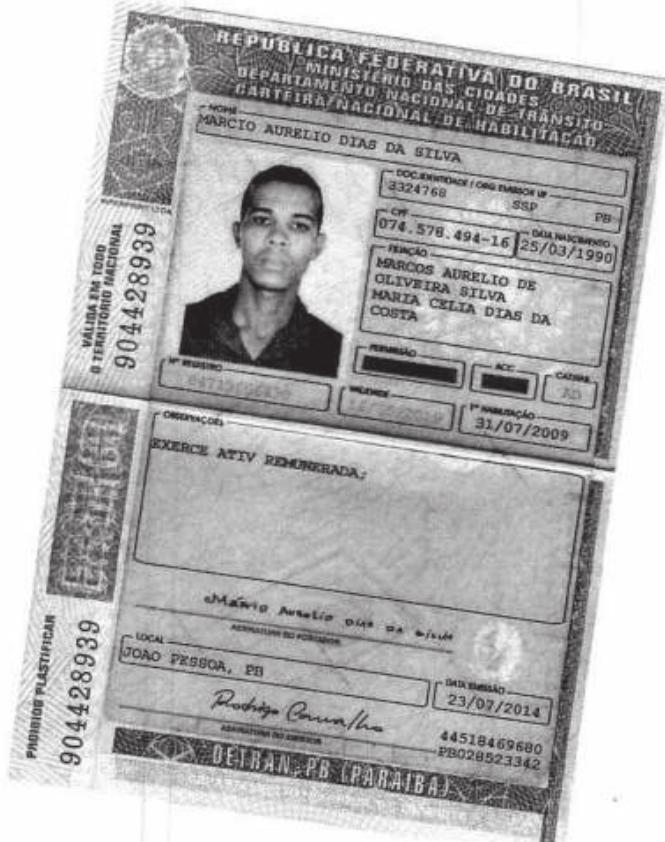
Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30);  
trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9129 SETO 9603

03.01.18

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

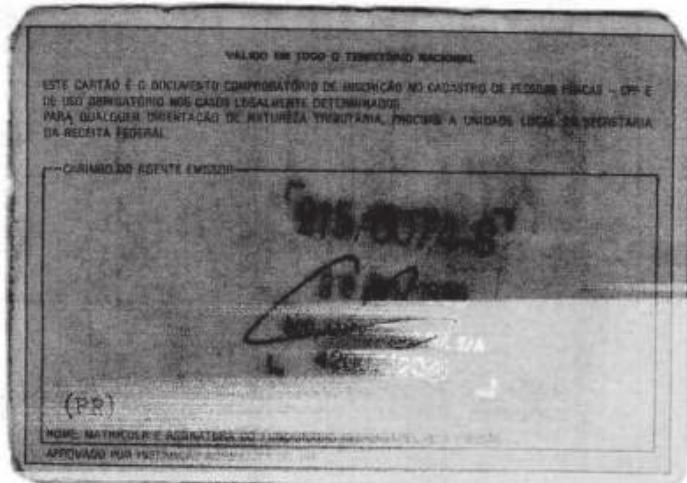




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

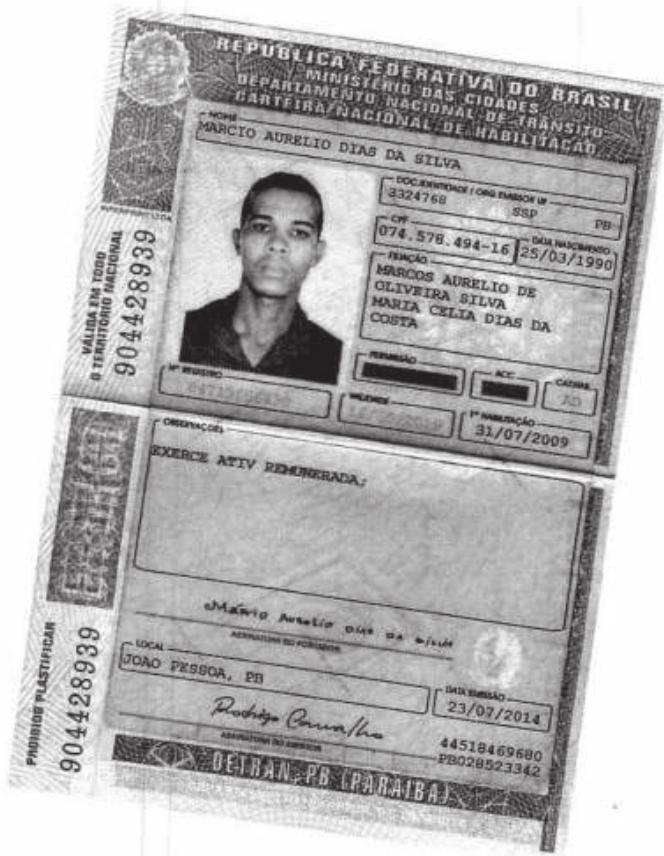
Num. 46281170 - Pág. 44





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271111011200000043970379>  
Número do documento: 2107271111011200000043970379

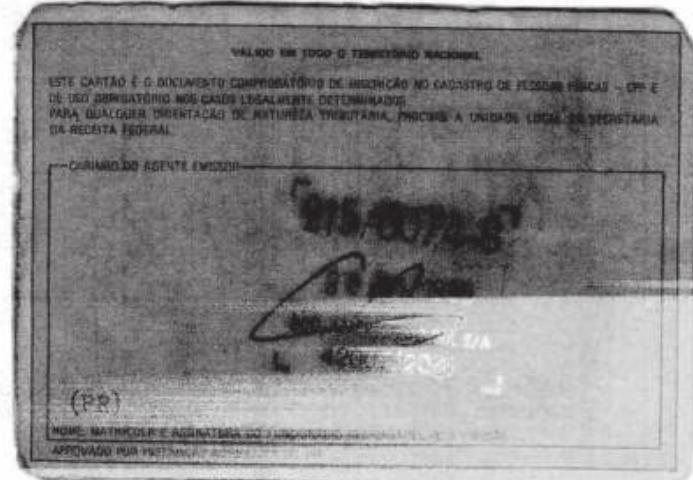
Num. 46281170 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271111101120000043970379>  
Número do documento: 2107271111101120000043970379

Num. 46281170 - Pág. 47





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271111011200000043970379>  
Número do documento: 2107271111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 49



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=210727111101120000043970379>  
Número do documento: 210727111101120000043970379

Num. 46281170 - Pág. 50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 013136530615	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	20170000056550-9
1	0111097910-7	00/00000000	2017
MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA			
CPF/CNPJ	PLACA		
07457849416	OFE1872/PB		
PLACA ANT. (UE)			
NOVO	PB	9C2KD0810HR416321	
ESPECIE DE DOCUMENTO		COMBUSTIVEL	
HONDA/NXR160 BROS ESDD		ANO FAB.	ANO MODELO
CAR/POV/GR.		2016	2017
CATEGORIA		CÓDIGO DOMINANTE	
2 P/162 /CI		PARTIC	AZUL
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
IPVA PAGO EM		00/00/0000	1 <sup>a</sup> 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>
FAIXA IPVA		PARCEAMENTO/COTAS	
*****		0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*****		*****	*****
DATA DE PAGAMENTO		22/02/2017	
SEGURADOR			
A.F. BANCO HONDA S.A.			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
BAYEUX-PB 41521		23/02/2017	
		7003781	

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PB Nº 013136530615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 23/02/2017

CPF / CNPJ MARCA / MODELO

TENH. N. 01110979107 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2016 CAT. MARCA / MODELO

9 9C2KD0810HR416321

PRÉMIO TARIFÁRIO

ENX. IRS. DETAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

TURTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO

\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO DA DATA DE COTADÃO

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO 22/02/2017

S

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.508/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

7003781-1639591-20170223



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190144011      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 01/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SILVA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190144011      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 01/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SILVA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059611/19

**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  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 18/02/2019  
Nome: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA  
CPF: 646.890.344-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



## 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 médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111011200000043970379>  
Número do documento: 21072711111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 55



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

Processo n.º 08012748520198150331

**MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 23 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111204900000043970384>  
Número do documento: 21072711111204900000043970384

Num. 46281176 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 11:11:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072711111204900000043970384>  
Número do documento: 21072711111204900000043970384

Num. 46281176 - Pág. 2