



27/07/2021

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
46281167	27/07/2021 11:11	Petição	Petição
46281170	27/07/2021 11:11	2620995_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46281176	27/07/2021 11:11	2620995_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Carta nº 13971886





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Angelo de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Marcos Angelo de Oliveira	646.890.344-00	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	261	CASA
Endereço:	Cidade:	Estado:
R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino	Santa Rita	PB
Cidade:	CEP:	58.320-000
Tibiriçá	58.320-000	
E-mail:	Tel. (DDD):	98890-7134

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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

<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)	Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: 2105 <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: 31317 <input type="text"/> 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

1ª Nome:	
CPF:	
2ª Nome:	
CPF:	

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.

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 Angelo de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Marcos Angelo de Oliveira	646.890.344-00	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	261	caso
Endereço:	Cidade:	Estado:
R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino	Santa Rita	PB
Tibiriçá	CEP:	58.320-000
E-mail:	Tel. (DDD):	98890-7134

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

RENDIA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Bradesco</u> AGÊNCIA: <u>2105</u> <input type="checkbox"/> CONTA: <u>31317</u> <input type="checkbox"/>
--	--	---

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

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. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

19. 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.



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 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 Manzuá, 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.**

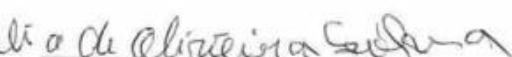
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 Nº 0852/2018, 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.


JOSÉ 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	Marcos Angelo de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Marcos Angelo de Oliveira	646.890.344-00	
Profissão:	Número:	Complemento:
Pedreiro	261	Casa
Endereço:	Cidade:	Estado:
R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino	Santa Rita	PB
Cidade:	CEP:	Tel. (DDD):
Tibiriçá	58.320-000	98890-7134
E-mail:		

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

REND MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Bradesco</u> AGÊNCIA: <u>2105</u> <input type="checkbox"/> CONTA: <u>31317</u> <input type="checkbox"/>
--	--	---

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

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. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

12 FEV. 2019

PROTOCOLADO

19. 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.

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 Angelo de Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Marcos Angelo de Oliveira	646.890.344-00	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	261	caso
Endereço:	Cidade:	Estado:
R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino	Santa Rita	PB
Cidade:	CEP:	Tel. (DDD):
Tibiriçá	58.320-000	98890-7134
E-mail:		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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

<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)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <u>2105</u> <input type="text"/> CONTA: <u>31317</u> <input type="text"/>
(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

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. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <u>João Pessoa 12/02/2019</u>
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	<u>[Assinatura]</u>
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

12 FEV. 2019
Assinatura

PROTOCOLO
19. 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.



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
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 (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREJIS* Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
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



EM BRANCO

EM BRANCO





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
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 (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREJIS* Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
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



EM BRANCO

EM BRANCO



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

BRADESCO2802201905000000000023702105000000031317236250 PAGO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 019.942.066



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-486
CNPJ 09.295.183 / 0801-40 Insc. Est. 18.015.823-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
GILBERTO GOMES DA SILVA RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 118 L 40B SANTA RITA			5/1714720-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	08/02/2019	0	15/02/2019	R\$ 24,69

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

15/02/2019

R\$ 24,69

1714720-2019-02-2

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

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





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 019.942.066



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-486
CNPJ 09.295.183 / 0801-40 Insc. Est. 18.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO GOMES DA SILVA
RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 118 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



DESTAQUE 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: 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

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 034.578.494-16, com

domicílio na cidade de Conde, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Cel Ednaldo Tavares Rufino, nº 261,

complemento Quadra B1408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marcos Aurélio de O. Silva, cujo o condutor era

Márcio Aurélio Dias da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR 260 Bros ESDD

Ano: 2017

Placa: OFE 1872/PB

Chassi: 9E2KD0810HR416321

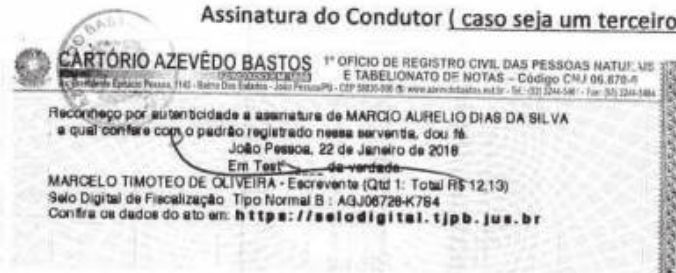
Data do Acidente: 03/03/2018

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)





12

CERTIDÃO

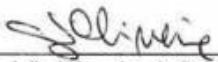
Nº. 0852/2018

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 tíbia 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
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clínica: 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 Num. Prontuario: 2018.01.000056
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOVIAGE
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
To Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Ecedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Traorte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[X] Regular [] Chocado
[] Vomito

Qxa Principal

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*10h15 sintomas de ac de moto, com
trauma no torso para D.*

Diagnostico

CD: Intoxicação Conduta

Prescrição

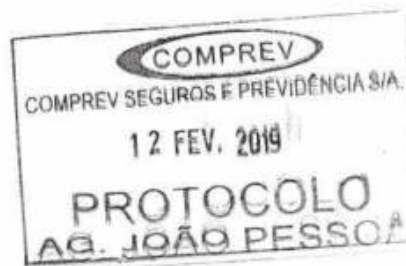
Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Aurelio Olim Data da Admissão: 1/1/
Prontuário: _____ 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/

QPD: Ex. Ombros para D

HDA: Posto ruim de ac de

note, com fraturas ombros
para D

Medicações em uso: _____

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=2107271111011200000043970379>

Número do documento: 2107271111011200000043970379

Num. 46281170 - Pág. 19

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: _____

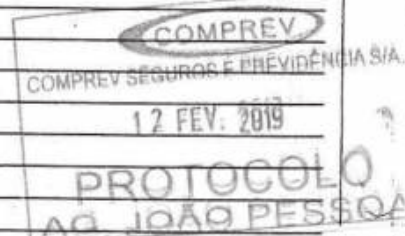
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

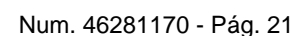
Hipóteses Diagnósticas: *Exames para D.*

Conduta: *Intensivo*

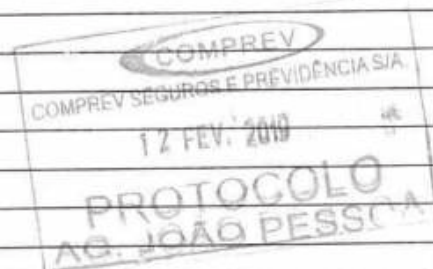




Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita</i>
<i>Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério</i>
<i>Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia</i>
Achados:
<i>Visualização de foco de fratura da tibia</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução</i>
<i>Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco</i>
<i>Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Realizado RX controle</i>
Fechamento:
<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
OBS:



Data: 03/01/2017

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 6810-9603
MÉDICO/CRM

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





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Marco Antônio de V. Silva 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
(Um mês) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. João 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 55056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





LAUDO 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 Tíbia Dir.				CID S82.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
TOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia 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, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
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: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
DATA 05.01.2018				ASS. MÉDICO / C.R.M. Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 91285-8 / RJ 9603	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





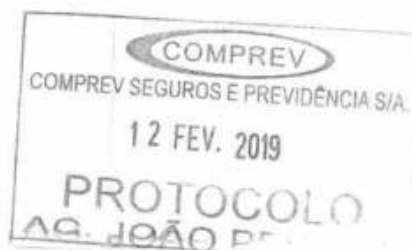
NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Marco Aurélio Silva</i>		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO:		ORIGEM			
		() PAM			
		() SES			
BAIRRO:		() SSM			
DADOS CLÍNICOS		<i>Fratura de Ossos da Perna E</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS		<i>Rx do Perna AP/P</i>			
DATA: 24 /01 /2018		CARIMBO E ASSINATURA			

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128-SBTO 9603





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 SP/O-9633			
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 Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SMTD 9605

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: **Rua Projetada, 00. Jacumã**
Conde - PB

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

Data: *03/01/18*

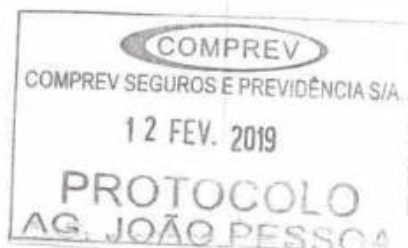
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

59,38

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) 52,57 16,89

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

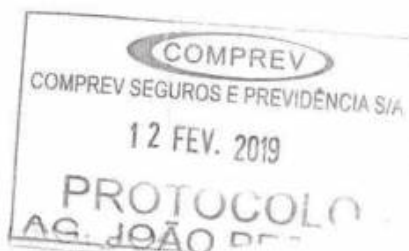
3) Pradaxa (110mg) ----- 60 Comprimidos
(comprimidos) 337,65

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

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91281 SP TO 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

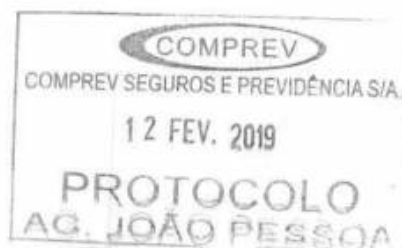
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes 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 tíbia 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
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clínica: 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 Num. Prontuario: 2018.01.000056
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOVIAGE
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
T. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
E. Cedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Tra. orte 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

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[X] Regular [] Chocado
[] Vomito

Q. xa Principal

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*10h15 minutos de ac de moto, com
lesões graves para D.*

Diagnostico

CD: Intoxicação Conduta

Prescrição

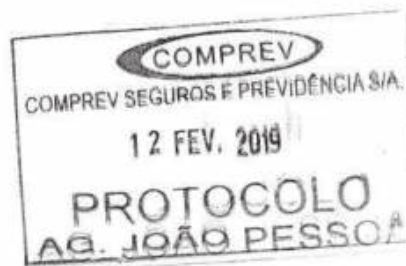
Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Aurelio Olim Data da Admissão: 1/1/1
Prontuário: _____ 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: Ex. Ombros para D

HDA: Posto ruim de ac de
note, com fraturas ombros
para D

Medicações em uso:

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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melaena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: _____

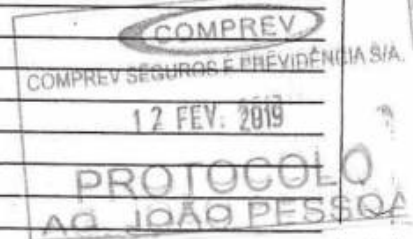
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Exames para D.*

Conduta: *Intensivo*





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)				CÓDIGO	
<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





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Marco Antônio de V. Silva 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
(um mês) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. João 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 55056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO DE SA





LAUDO 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 Tíbia Dir.				CID S82.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
TOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia 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, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

05.01.2018
DATA

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91285-8 / RJ 9603

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





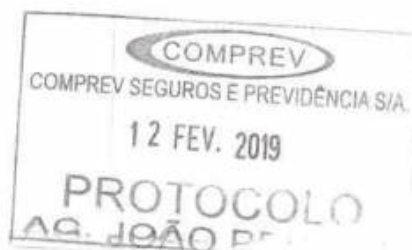
NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Marco Aurélio Silva</i>		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO:		ORIGEM			
		() PAM			
		() SES			
BAIRRO:		() SSM			
DADOS CLÍNICOS		<i>Fratura de Ossos da Perna E</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS		<i>Rx do Perna AP/P</i>			
DATA: 24 /01 /2018		CARIMBO E ASSINATURA			

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128-SBTO 9603





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: <i>Marco Aurélio Silva</i>		ORIGEM			
BAIRRO:		() PAM			
		() SES			
		() SSM			
DADOS CLÍNICOS <i>Fratura de Ossos da Perna E</i>			ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE		
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS <i>Rx da Perna AP/P</i>					
DATA: <i>28 / 02 / 2018</i>					
<div>Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 8128 SP/O-9633</div> <div>CARIMBO E ASSINATURA</div>					





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 Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SMTD 9605

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: **Rua Projetada, 00.Jacumã**
Conde -PB

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

Data: *03/01/18*

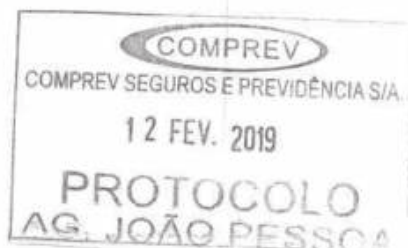
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

59,38

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

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
08 (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 91281 SP TO 9603

03.01.18

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

IDENTIDADE / ORIGEM DO CPF
3324768 SSP PB

CPF
074.578.494-16 DATA NASCIMENTO
25/03/1990

ENDEREÇO
MARCOS AURELIO DE
OLIVEIRA SILVA
MARIA CELIA DIAS DA
COSTA

PERMISSÃO
ACE CARINA

VALIDADEZ
31/07/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
23/07/2014

ASSINATURA DO DETRAN
Rodrigo Carneiro

44518469680
PB028523342

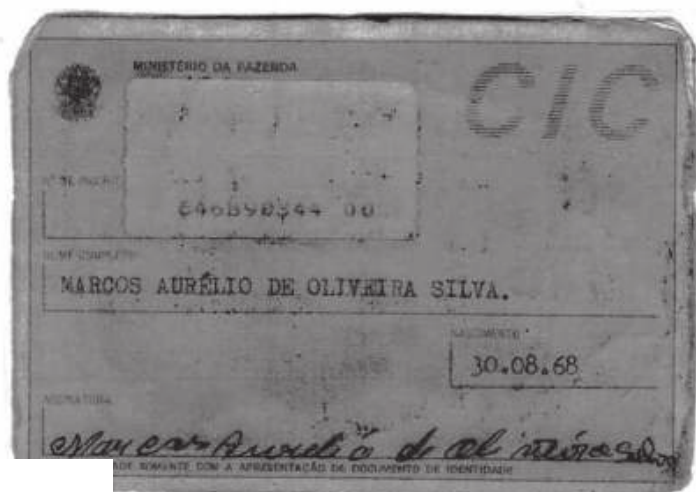
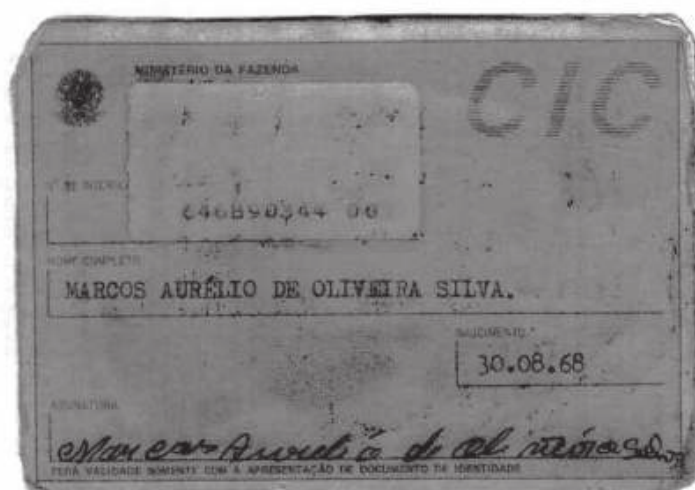
DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
904428939

PROVIDA PLASTIFICAR
904428939

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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.356.931 DATA DE EXPEDIÇÃO 07.01.1988

NOME MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO Miguel Trajano da Silva
Maria das Neves de Oliveira Silva

NATURALIDADE Santa Rita Pb DATA DE NASCIMENTO 20-08-1968

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 22.603, Fls. 357, Liv. A-30, Cert. de Bayern Pb

CPF

JOÃO PEREIRA - PS

ALEXANDRE TORRES DE CARVALHO

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURA A UNIDADE LOCAL DO SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CHAMADO DO AGENTE EMISSOR

CPF 1.356.931

DATA 07.01.88

ASSINATURA

(PS)

NOME, NATUREZA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

APPROVADO POR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

IDENTIDADE / ORIGEM DO CPF
3324768 SSP PB

CPF
074.578.494-16 DATA NASCIMENTO
25/03/1990

ENDEREÇO
MARCOS AURELIO DE
OLIVEIRA SILVA
MARIA CELIA DIAS DA
COSTA

PERMISSÃO
ACE CARINA

VALIDADEZ
31/07/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
23/07/2014

ASSINATURA DO DETRAN
Rodrigo Carneiro

44518469680
PB028523342

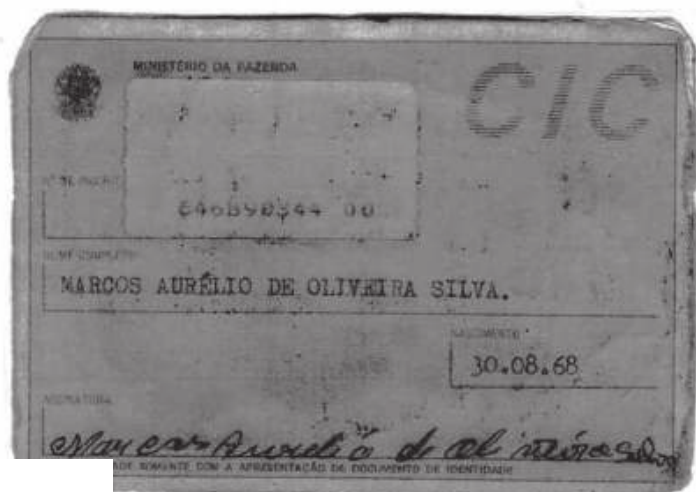
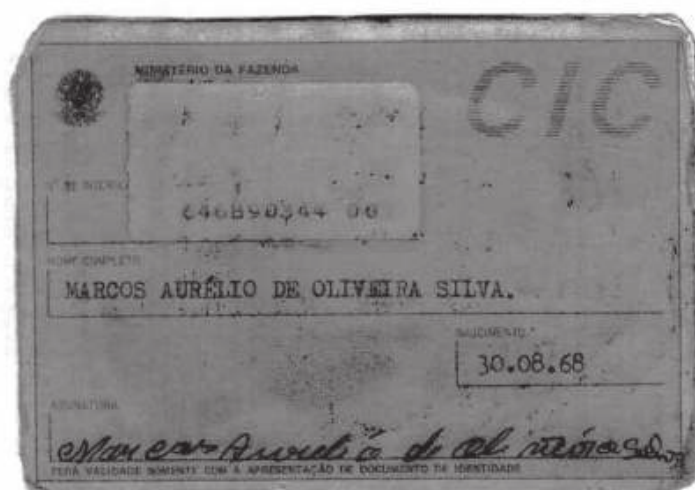
DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
904428939

PROVIDENTE PLASTIFICAR
904428939

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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.356.931 DATA DE EXPEDIÇÃO 07.01.1988

NOME MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA

FILIAÇÃO Miguel Trajano da Silva
Maria das Neves de Oliveira Silva

NATURALIDADE Santa Rita Pb DATA DE NASCIMENTO 20-08-1968

DOC ORIGEM Cert. Nascimento 22.603, Fls. 357, Liv. A-30, Cert. de Bayern Pb

CPF

JOÃO PEREIRA - PS

ALEXANDRE TORRES DE CARVALHO

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURA A UNIDADE LOCAL DO SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CHAMADO DO AGENTE EMISSOR

CPF 1.356.931

DATA 07.01.1988

ASSINATURA

(PS)

NOME, NATUREZA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

APPROVADO POR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136530615
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - PRT - 20170000056550-9 - EPI/CID
1 0111097910-7 00/00000000 2017

MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

07457849416

0FE1872/PB

NOVO PB

9C2KD0810HR416321

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

10% (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO

P A G O

22/02/2017

A.F. BANCO HONDA S.A.

BAYEUX-PB

41521



23/02/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013136530615

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
23/02/20

01110979107

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016

9

9C2KD0810HR416321

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

OF (R\$)

TOTAL A SER PAGO (SEGURO)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1639591-20170223

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136530615
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - PRT - 20170000056550-9 - EPI/CID
1 0111097910-7 00/00000000 2017

MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

07457849416

0FE1872/PB

NOVO PB

9C2KD0810HR416321

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

10F (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO

P A G O

22/02/2017

A.F BANCO HONDA S.A

BAYEUX-PB

41521

Assinatura

23/02/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013136530615

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01110979107

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016

9

9C2KD0810HR416321

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PARCELADO

22/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1639591-20170223

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059611/19

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 646.890.344-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

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 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

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

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

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 DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





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.^a, 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.joaobarbosaadvass.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=2107271111204900000043970384>
Número do documento: 2107271111204900000043970384