

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180266405**

Vitima: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **02/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180266405**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12969694



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180266405
Vitima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 02/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180266405**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12972861



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180266405 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antonio Xavier de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM 08/03/2018 E
 CPF 1114609797-00 / CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Xavier de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 09854 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35-709-X

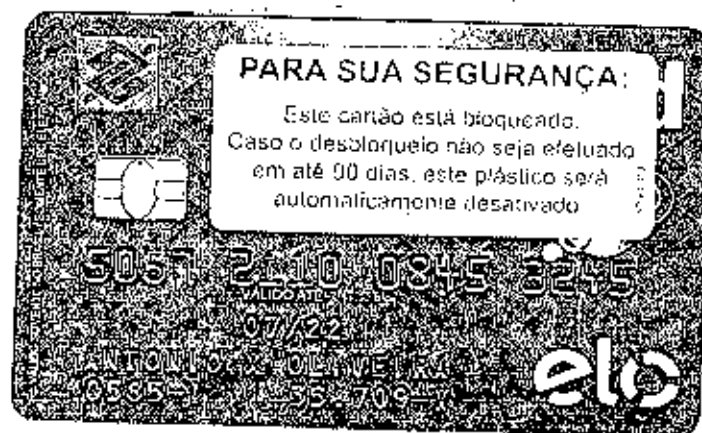
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

C. de Rocha - 03/21 de Maio de 2018 Antonio Xavier de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 130/2017

INV

Aos SETE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SHELDON ANDRIUS FLUCK**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) AD HOC nomeado pela Autoridade Policial, ai, por volta 15h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA, conhecido(a) por ANTONIO, Identidade nº 983.268-SSP/PB, CPF nº 414.609.794-00, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Xavier De Oliveira E Maria Carolino De Lima, natural de Joao Dias/RN, nascido(a) em 21/08/1965 (51 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Rajada, tendo como ponto de referência: ZONA RURAL, na cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, fone(s) para contato: (83) 9 9614-0993.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 02 de novembro de 2016;
- 3) **Horário do fato:** 10h:40min;
- 4) **Local do fato:** PRÓXIMO A BREJO DOS SANTOS/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007/2007 CHASSI 9C2KC08107R183757 PLACA MNP 9755 COR PRATA EM NOME DE MARIA DAS GRAÇAS ALVES DE OLIVEIRA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

O comunicante conduzia a motocideta, quando um animal atravessou a via, fazendo com que o comunicante perdesse o controle do veículo e fosse ao solo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Antonio Xavier de Oliveira

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Comunicante

Elias Jorge Monteforte Junior
Elias Jorge Monteforte Junior
APC - Mat. 181.890-2





Certidão de casamento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL — ESTADO DA PARAIBA
 MUNICÍPIO E COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA
 DISTRITO DA SEDE — CATOLÉ DO ROCHA



Maria Viodete Vieira Maia de Vasconcelos
 OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Certidão de Casamento

CERTIFICA que às fls. 11 do Liv. B12 sob o número
 de ordem 6000 em data de 27 de junho de 1.990
 foi feito o casamento de ANTÔNIO XAVIER DE OLIVEIRA e
DALVIRENE ALVES LISBOA que adotou o nome DALVIRENE
ALVES LISBOA OLIVEIRA
 Ele solteiro nascido em João Dias-R. Norte

no dia 21 de Agosto de 1.965 de profissão agricultor
 domiciliado e residente em Serra Nova deste Mun. filho
 de Francisco Xavier de Oliveira profissão agricultor
 e de Maria Carolino de Lima profissão doméstica
 naturais de R. Norte residentes e domiciliados
 em Serra Nova deste Município
 Ela solteira nascida em Panatí Mun. de Alexandria-R. No

no dia 13 de Margo de 1.963 de profissão
doméstica domiciliada e residente em Rajada Mun. de Brejo dos
Santos filha de 2 Antonio de Lisboa profissão
agricultor e de Maria Alves de Lisboa profis-
são doméstica naturais de sta comarca
 residentes e domiciliados em Rajada Mun. de Brejo dos Santos

O referido casamento foi celebrado pelo Dr. Samuel Ramalho Brunet

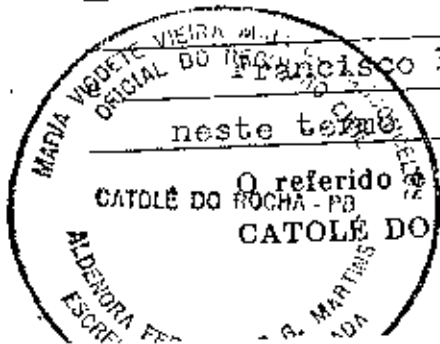
Juiz de Direito da Comarca, Pelo REGIME DE Samuel Ramalho Brunet

presente as testemunhas Jose Carolino de Lima

Francisco Raimundo da Silva residentes e domiciliados em
 neste termo

O referido casamento deu-se
 CATOLÉ DO ROCHA - PB, 27 de junho de 19 90

Aldenora Fernandes G. Martins
 Oficial do Registro Civil



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Antônio Xavier de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 983.268 e inscrito no CPF/MF sob o nº 414.609.794-00, residente e domiciliado na Sítio Rayado município Cidade Catalão do Rocha Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catalão do Rocha - PB, 21 de Maio de 2018

Local e data



 GOVERNO DA PARAÍBA <i>Viva o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA OLAMÉRCIO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	--

Declaração

ATO

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ANTÔNIO XAVIER DE OLIVEIRA, RG: 983.268. SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Rajada – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Livaldino Luiz da Costa Neto– CRM/5457, no dia 02 de Novembro de 2016. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


 Cosma Gonçalves de A. Targino
 Chefe do Núcleo de RH
 Mat. 181.325-1

Giulda Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 31 de janeiro de 2017.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00585-1

CONTA: 000010035709-1

Nr. da Autenticação 36290B8794468965



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Xavier de OliveiraRG nº 983.268, data de expedição 06/03/2018 Órgão SSP/PB

CPF nº 414.609.794-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Rajada</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>Zona rural</u>
Bairro	<u>município</u>
Cidade	<u>Catolé da Rocha</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.884-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catolé da Rocha-PB, 21 de Maio de 2018Assinatura do Declarante: Antônio Xavier de Oliveira

DALVIRENE ALVES LISBOA OLIVEIRA
SIT. RAJADA/S/N - AREA RURAL
BREJO DOS SANTOS/PB CEP 58880-000 (A.C. 245)

Emissão: 12/07/2018 Referência: Jul/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 8/200 Km25 - C/tdo Redutor - João Pessoa/PB - CEP 55071-600
Folha: 5 - 250 - 532 - 4480 Nº medidor: 00000786246

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.163/0001-40 Insc. Est. 16.416.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003 259.563
Cód. par. Dth. Automática: 00005521710

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referencial: Jul/2018 Apresentação: 12/07/2018 Data prevista da próxima leitura: 13/08/2018 CPF/CNPJ/RAN: 006.339.614-04 Insc. Est. 16.416.923-0

Unidade Consumidora: 5/652171-0

Canal de contato: 10.439, de 26 de abril de 2002

Comprovante de residência



Anterior: 15083 Atual: 15203 Constante: 30 Consumo: 120 Dias: 30

Demonstrativo		Valor (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		Outros (R\$)	
0001	Consumo 30 kWh BR	30.000	0.253280	7.59	7.59	27	2.05	7.59	0.05
0002	Consumo 31 a 100 kWh BR	70.000	0.434216	30.33	30.33	27	6.20	30.33	0.35
0003	Consumo 101 a 220 kWh BR	40.000	0.651300	26.05	26.05	27	7.03	26.05	0.28
0004	Adic. B. Vermetas	5.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0010	Subsidio	43.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0005	JUROS DE MORA 06/2018	0.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0007	Devolução Subsidio	28.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 113.02 30.70 113.02 1.29 5.69

VERIFICAMENTO DE PAGAMENTO TOTAL A PAGAR 19/07/2018 R\$ 87,52

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO CÍVEL 0806.8968.c762.f2a9.876f.1fde.1e91.7c32

Indicadores de Qualidade		Valor (R\$)		%	
Limite	Abundante	Limite de Referência			
DI MENSAL	46.80	NOMINAL	220		
DI TRIMESTRAL	15.48	CONTRATADA	202		
DI ANUAL	39.88	LIMITE INFERIOR	231		
DI TRIMESTRAL	15.48	LIMITE SUPERIOR	231		
DI ANUAL	39.88				
DI TRIMESTRAL	15.48				
DI ANUAL	39.88				
DI TRIMESTRAL	15.48				
DI ANUAL	39.88				

Composição do Consumo		Valor (R\$)		%	
Discriminação					
Serviços de Dist. de Energia		16.94		19.78	
Cobrança de Energia		23.77		27.16	
Serviços de Transmissão		7.52		8.59	
Encargos Setoriais		4.55		5.20	
Impostos Diretos e Encargos		40.24		45.98	
Outros Serviços		0.00		0.00	
Total		87.52		100.00	

Valor do EUST (R\$) 5/2018 R\$ 18.87

ATENÇÃO: O consumidor deve manter esta conta em seu arquivo pessoal para fins de controle e reclamação.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Das Graças Alves de Oliveira, RG nº 3.873.265, com expedição em 07/07/2010, Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 017.878.384 - 63, com domicílio na cidade de Catolé do Rocha no Estado da Paraíba, onde resido no (Sítio Rajada), nº S/N, complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio Xavier de Oliveira, cujo o condutor era Antônio Xavier de Oliveira.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CG TITAN ES

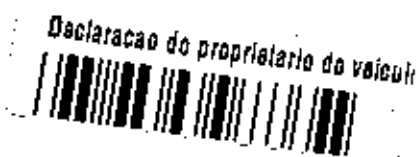
Ano: 2007

Placa: MNP9755

Chassi: 9C2KC08107R183757

Data do Acidente: 02/11/2016

Local e Data: Próximo a Cidade de Brejo dos Santos - PB



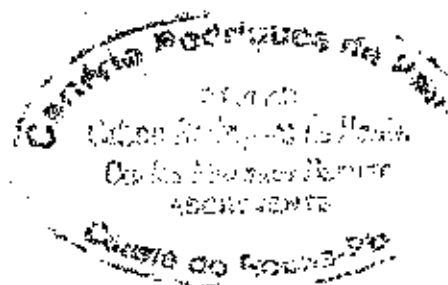
Maria das Graças Alves de Oliveira
Assinatura do Declarante

Antônio Xavier de Oliveira

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

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA Av. Vitorino Silva, 52 Centro - 54201-900 Catolé do Rocha - PB (35) 3441.1444	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>MARIA DAS GRAÇAS ALVES DE OLIVEIRA</u>
	<u>07</u> de <u>02</u> de <u>2016</u> Cidade de <u>Catolé do Rocha</u> - <u>Paraíba</u> () Detinha Licença de Poder - Titular (X) Detinha Licença de Poder - Escrivão

20100 Maria das Graças Alves de Oliveira



Selo Digital: AEO76335 - 1WVN
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Alves de Oliveira
RG nº 3.843.265, data de expedição 07/07/10,
Órgão SSP/PV, portador do CPF nº 017.848.384-63 com
domicílio na cidade de Sítio Rapado, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Rapado, Catolé de Rocha, nº 54,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio Xavier de Oliveira cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: CG 150 K
Ano: 2007
Placa: MNP 9755
Chassi: 9C2 KC08107R183757
Data do Acidente: 02/11/2016
Local e Data: Catolé de Rocha - PB, 27/08/2018

Maria das Graças Alves de Oliveira
Assinatura do Declarante

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



HOSPITAL REGIONAL DEPARTAMENTO JARDIM CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DO PARANÁ

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

GOVERNO DO PARANÁ



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)

Sr.(a) Antônio Moura Oliveira portador(a) da

identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi

atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:45 horas, portador(a) da

patologia CID-10 I 54.2.0, devendo permanecer

afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30

(30 e 30 dias, a partir desta data.

João H. Siqueira Lourenço
Cirurgião e Radiologista
CRM-PR 7417

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-ANEXAR AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.288/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAIBA

ATENDIMENTO COM ACOLOHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 31/10/16 HORA: h

1. USUÁRIO:

Christiane Xavier de Oliveira

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Pontada

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

() SIM
() NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

() SIM
() NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

() SIM
() NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	lpm	%	mmHg	mmHg
				130 x 60	



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sem acompanhante*	1 acompanhante	Sem acompanhante*	1 acompanhante	Sem acompanhante*	1 acompanhante
VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL	

ENFERMEIRO/CARIMBO

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos a internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimento invasivos onde são realizadas técnicas específicas para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, licando o acesso ao público restrito.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

Nome: Centro de Saúde
Endereço: Rua Estevan Diniz, S/n
Município: Catolé do Rocha
CNPJ: 09.067.562/0001-27

Código da Unidade: 260536
Bairro: Centro
Estado: Paraíba
CEP: 58.884-000
UF: PB

PACIENTE

Nome: Antônio Xavier de Oliveira Nº Cartão SUS: 706400170481689
Ocupação: _____ Sexo: masculino Data de Nascimento: 21/08/1965
Endereço: Sítio Rapada Bairro: São Raimundo CEP: 58.884-000
Município: Católe do Rocha Estado: Paraíba
Código IBGE Município: 25.04.306 Raça/cor: 01

PROCEDIMENTO

Data do Atendimento: 1/1/

Código do Procedimento: 0302050027

Descrição do Procedimento: R. F. Fratura de clavícula D

CID-10: M84.3

Caráter do Atendimento: _____

Tratamento Realizado: _____

Assinatura: Dr. X. X. X.
Carimbo: _____

DATA	Assinatura
10.01.17	Antônio Xavier de Oliveira
11.01.17	Antônio Xavier de Oliveira
14.01.17	Antônio Xavier de Oliveira
19.01.2017	Antônio Xavier de Oliveira
24.01.2017	Antônio Xavier de Oliveira
31.01.17	Antônio Xavier de Oliveira
02.02.17	Antônio Xavier de Oliveira
07.02.2017	Antônio Xavier de Oliveira
09.02.17	Antônio Xavier de Oliveira
16.02.17	Antônio Xavier de Oliveira
23.02.17	Antônio Xavier de Oliveira
07.03.17	Antônio Xavier de Oliveira
09.03.17	Antônio Xavier de Oliveira
21.03.17	Antônio Xavier de Oliveira
23.03.17	Antônio Xavier de Oliveira

Atestamos, conforme consta o Art. 2º do Decreto nº 8.140 de 25 de Abril de 1966, que a presente certidão está igual ao original em todo o seu conteúdo e conferi, do dia 04 de Março de 2017.

Assinatura: _____
Carimbo: _____

Profissional

Assinatura

CBO 223605

CNS 980016981376388

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Revisor a Cargo do SUS

Dra. Daniella A. de S. F. F.
CREFITO 155416

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

Paciente: _____

Queixa Principal: _____

Hipótese de Diagnóstico Atual: Paciente sofreu um acidente de moto no dia 02/11/16, sustentando a clavícula, foi encaminhado para Potos, foi imobilizada durante 43 dias e logo em seguida foi encaminhado para tratamento fisioterápico.

História Familiar: _____

História pregressa: História de dor lombar / ulcera gástrica.

História Social: _____

Exame Físico: + de ADM do ombro D. Dor durante os movimentos e redução muscular.

Exame Complementar: _____

Força Muscular: _____

Diagnóstico: R.F. Fratura de clavícula D.

Tratamento: Ortopedia

Revis

Quimioterapia

Catolé do Rocha: 05/01/17

Profi

Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

Nome: Centro de Saúde
Endereço: Rua Estevan Diniz, S/n
Município: Catolé do Rocha
CNPJ: 09.067.562/0001-27

Código da Unidade: 260636

Bairro: Centro

Estado: Paraíba

CEP: 58.884-000

UF: PB

PACIENTE

Nome: Antônio Nogueira de Oliveira

Nº Cartão SUS: 706400170481689

Ocupação: _____

Sexo: masculino

Data de Nascimento: 21/08/1965

Endereço: Sítio Rapada

Bairro: Zona Rural

CEP: 58.884-000

Município: Catolé do Rocha

Estado: Paraíba

Código IBGE Município: 25.04.306

Raça/cor: 01

PROCEDIMENTO

Data do Atendimento: 1/1/2017

Código do Procedimento: 0302050027

Descrição do Procedimento: R. F. Fratura de clavícula D

CID-10: M84.3

Caráter do Atendimento: _____

Tratamento Realizado: _____

DATA	Assinatura
30.03.17	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
11.01.17	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
17.01.17	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
19.01.2017	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
24.01.2017	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
31.01.17	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
02.02.17	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>
07.02.2017	<u>Antônio Nogueira de Oliveira</u>

CBO

223605

Assinatura e Carimbo do Profissional

Antônio

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

Profissional

CNS

980016981376388

Assinatura e Carimbo do Revisor a Cargo do SUS

Paciente: _____

Queixa Principal: _____

Hipótese de Diagnóstico Atual: Paciente sofreu um acidente de moto no dia 02/11/16, sustentando a clavícula, foi encaminhado para Polos, foi imobilizada durante 43 dias e logo em seguida foi encaminhado para Tratamento fisioterapêutico.

História Familiar: _____

História pregressa: História de dor na lombar / ulcera gástrica.

História Social: _____

Exame Físico: + de ADM do ombro D. Dor durante o movimento e parede muscular.

Exame Complementar: _____

Força Muscular: _____

Diagnóstico: R. D. Fratura de clavícula D.

Tratamento: Fisioterapia
Medicamentos
Cinesioterapia.

Catolé do Rocha: 25/01/17

Dr. Roberto
Profissional

Centro de saúde de Catoíó do Rocha.

Serviço de Fisioterapia, evolução do paciente.

04/03/17 - Paciente em EGB, consciente. Orientado. cooperativa. Queixando-se de dor na região cervical. Conduta: Tem 20 min. Simetria 20 min. e Alongamento ativo-assistido da região cervical e Orientação geral.

24/03/17 - Paciente em EGB, consciente. Orientado. cooperativa. Queixando-se de dor na região cervical. Conduta: Alongamento ativo-assistido da região cervical. Tem 20 min. Simetria 20 min. e Orientação geral.

23/03/17 - Paciente em EGB, consciente, Orientado, cooperativa. Queixando-se de dor na região cervical. Conduta: Alongamento ativo-assistido de mmss, Invermelha 20 min, Simetria e Orientação geral.

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 31/1/16 . HORA: h

1. USUÁRIO:

Antonio Xavier de Oliveira

2. QUEIXA PRINCIPAL:

P.O. do paciente

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

☐ SIM

☒ NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

☐ SIM

☒ NÃO

6. DOENÇA PREEEXISTENTE:

☐ SIM

☒ NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	mmHg	mg/dl
				<u>130 x 60</u>	



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL
Sem acompanhante* Setor Crítico**	1 acompanhante	Sem acompanhante* Sem visita	1 acompanhante	Agendamento em UBS

ENFERMEIRO/CARIMBO

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimento invasivos onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
CATOLÉ DO ROCHA - PB

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente

residente na(o)

município de

para o(a)

na cidade de

Antônio Kavier de
Almeida

JUSTIFICATIVA

Fratura clavícula

Soluto ortopedista

OBSERVAÇÕES

Profissional Acompanhante:

02.11.16

Isaura Ferreira da Costa
Clínica Médica / Cardiologia
CRM 5155 - PB

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do profissional

Catolé do Rocha - PB, / /

Entidade Prestadora de Atendimento

Unidade da Unidade: 2592460 CNPJ: _____

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHAO

Início: CATOLÉ DO ROCHA Estado: PARAIBA UF: PB

Paciente: André Lacerda de Oliveira Sexo: M Idade: 51

Nome Social: _____

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

Assessor: Stênio Telefone: 98364460 Documento: 983 268 73

1. André Lacerda de Oliveira 15

2. André Lacerda de Oliveira 15

3. André Lacerda de Oliveira 15

4. André Lacerda de Oliveira 15

5. André Lacerda de Oliveira 15

6. André Lacerda de Oliveira 15

7. André Lacerda de Oliveira 15

8. André Lacerda de Oliveira 15

9. André Lacerda de Oliveira 15

Procedimento - Descrição

Diagnóstico

Medicamento

Encaminhamento

Prescrição

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

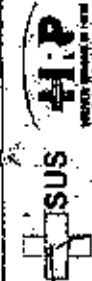
Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.288/002376
CNPJ: 08.778.288/002376
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA CAROLINE DE LIMA
Idade: 51 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO RAJADA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306
CNS: 706-4001-7048-1689 Identidade: 983268 SSP/PB
CPF: 3/11/2016 08:10:23 Reg. Nasc.:
Data / Hora: 3/11/2016 08:10:23 Recepcionista: APARECIDA
Ficha Número: 174228 83858

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

Prof. de Oliveira

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

frat. de clavícula D

CID-10

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADA
ENCAMINHAMENTO
OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	3	0	9	0	1	2	2
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Ass. do Laboratório
Ass. do Exame de Urina
Ass. do Exame de Sangue

JOAO H SUASSUNA LACERDA - 7471 - 9800-0162-8757-9787

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Subscrever

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Enabling Preschool to Adult Learning

Código da Unidade: 2592460 | CNPJ:
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 | Bairro: BATALHÃO
Município: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARAIBA | UF: PB

Paciente: Antônio Xavier de Oliveira Neto |idade: 51
Mãe Social: |
Assessor: ST. 23986 | Telefone: 98557760 | Documento: 98326813
Aluguel: Largo Cordeiro CP. Lima | Bairro: |
Proprietário: Largo do Boque | PER: 884000UF: 13
Código IBGE Município: 250406 | CENS: 704001-70481688
Data de Nascimento: 27/01/1965 | Data do Atendimento: 09/11/16

Raça / Cor _____

() 1- Branca | () 2- Preta | (☒) 3- Parda | () 4- Amarelo | () 5- Indígena | () 99- Sem Informação

Anamnese e exame físico (sumário) _____

It is wrong to put
it into a book or
to show it to
the class.

Exames realizados na unidade (tipos)

Results

Caráter do Atendimento	Natureza da Consulta
☐ 01 - Eletivo ☐ 02 - Urgência ☐ 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa ☐ 04 - Acidente no trajeto para o trabalho ☐ 05 - Acidente de trânsito ☐ 06 - Lesões e envenenamento por agentes ambientais ou físicos	☐ Consulta simples ☐ Consulta com medicação ☐ Consulta com observação ☐ Consulta Ortopédica ☐ Procedimento de Imobilização

- 1- London
- 2- London

3. Handwritten text

1

Age (months)	Male (%)	Female (%)
0	10	10
1	15	15
2	20	20
3	25	25
4	30	30
5	35	35
6	40	40
7	45	45
8	50	50
9	55	55
10	60	60
11	65	65
12	85	75

1

1

4

1

Medicamento

() Prescrita () Aplicação

Services

1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1		
2		

32

Assinatura _____

2

CHS

Assinatura do Paciente / Acompanhante

Indirizzo: _____

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

OBSEVAÇÃO: Depois de realizado Raio-X, foi percebido a fratura com constatação de fratura de fêmur esquerdo. O paciente buscou atendimento em outro hospital, sendo atendido no Hospital Regional de Patos e depois Cihuaclara.

Antonio-xavier de oliveira

20161102-01-0003

6/21/1965 M

11/22/2015

12:08 PM

1

MANEJO: S 203 L 40 FFD 1913 37 sub 4 19 eq 1 m D de 2.5 ha.

Zoom 100%

HRCR

Operator user

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

-KV - mAs

R

300 mm

300 mm



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JACQUHY CARNEIRO

SUS  Sistema
Único
de Saúde

ATESTADO MÉDICO

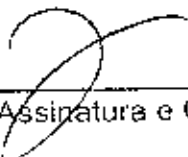
Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Antônio Xavier Oliveira portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:15 horas, portador(a) da
patologia CID-10 1 S42.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120
(dois e vinte) dias, a partir desta data.

João P. Salgueiro Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10.111

Patos-PB, 17/03/16

Documentação médico-hospitalar




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: ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-00
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-145

Antonio Xavier de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 983.268 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/2018

NOME ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

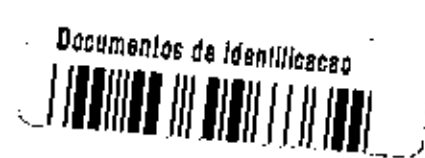
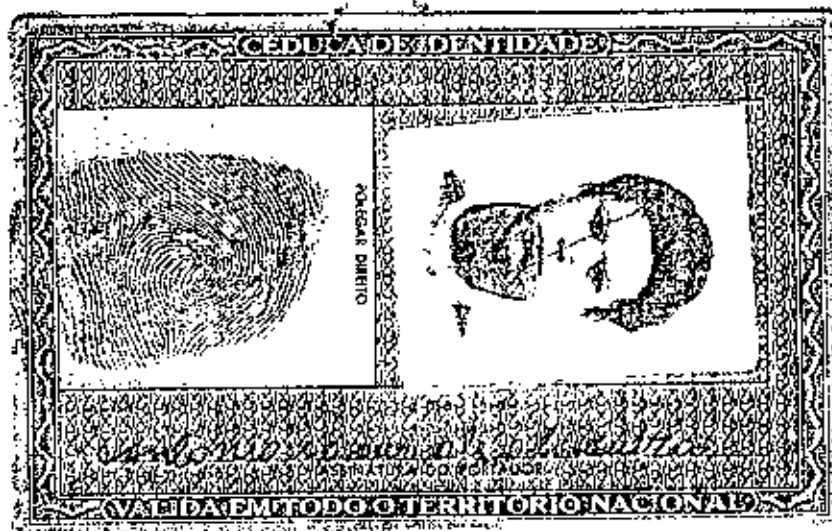
FILIAÇÃO FRANCISCO XAVIER DE OLIVEIRA
MARIA CAROLINA DE LIMA

NATURALIDADE JOAO DIAS-RN DATA DE NASCIMENTO 21/08/1965

DOC ORIGEM CASAM N. 6000 FLS. 11 LIV. B 12
CARTÓRIO CATOLÉ DO ROCHA - PB

CIT 414.609.794-00
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR
MARCIA DE LIMA OLIVEIRA
Chefe do Núcleo de



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
Nº 012440403603
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00920589901 2017
RUBRICADO
ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

434.609.794-00
PLACA ANTERIOR
9C2XC08107R183757
ESPECIE TIPO
GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN X5
CATEGORIA
CORRESPONDENTE
2007 2007

119.119.119.119
CATEGORIA
CORRESPONDENTE
2007 2007
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)
TAXAS DETRAN/PAGO
MOTOR: 3C08E17183757

JOAO DIAS/RN
24/05/2017
Sede do Detran/RN
Carimbo do Detran/RN

RN Nº 012440403603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetranet.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

434.609.794-00
CPF - CNPJ
2017 24/05/2017
HONDA/CG 150 TITAN X5
MARCA MODELO
9C2XC08107R183757

PREMIO TARIFARIO
PREMIO
PREMIO
PREMIO

SEGURODPVAT - DPVAT
CNPJ 03.243.027/0001-04
www.segurodpvat.com.br

9102-985

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207407/18

* Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

CPF: 414.609.794-00

Data do Acidente: 02/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA : 414.609.794-00

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/06/2018

Nome: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 414.609.794-00

Data do cadastramento: 11/06/2018

Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa

CPF: 164.083.787-65

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Xavier de Oliveira
DATA DO ACIDENTE 02/10/2016 CPF DA VÍTIMA 414.609.794-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 983-268
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Sítio Rojoda
Nº 514 COMPLEMENTO Zona Rural - BARRIO Comunidade
CIDADE Colônia do Racho UF PA CEP 58-884-002
E-MAIL antoniopereira10108@yahoo.com TELEFONE (83) 99614-0993

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA)
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODODAMS.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1206

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 2805/2018IDENTIDADE 983268ASSINATURA Antônio Xavier de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207407/18

Número do Sinistro: 3180266405

Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

CPF: 414.609.794-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2016

Titular do CPF: ANTONIO XAVIER DE
OLIVEIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA : 414.609.794-00

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: 05/09/2018
Nome: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
CPF: 414.609.794-00

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

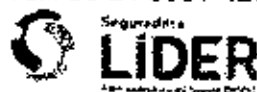
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frôes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180266405**
Vítima: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **02/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180266405**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência info., incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo info., incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

PGO: 0073102732 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12971861

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180266405 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50