



Número: **0801807-55.2019.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **12/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARCOS DA SILVA ALVES (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34193631	11/09/2020 11:01	2749426_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470694

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

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 14692953





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, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470694

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010002003-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 01911/01912 - carta_15R - INVALIDEZ

00350956





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:

0271557/19

CPF da vítima:

054.342.224-07

Nome completo da vítima:

Jorge Marcos de Silva Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Jorge Marcos de Silva Alves

CPF:

054.342.224-07

Profissão:

Unacademista

Endereço:

13 de maio

Número:

309

Complemento:

-

Bairro:

Centro

Cidade:

Jacareac

Estado:

PB

CEP:

58279-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 9928029

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0291

1

CONTA:

2003

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 **assinale 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Jorge Marcos de Silva Alves 09-08-2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | 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.

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



Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e
Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex
Pessoa Física

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2191-1 - JACARAU (PB), inscrita no CNPJ nº 000.000/1944-50, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES, inscrito(a) no CPF sob o n.º 054.342.224-07, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de JACARAU PB, nascido(a) em 01/07/1979, filho(a) de EDUARDO ALVES e MARIA DILSA DA SILVA ALVES, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 1988764 2 VIA, emitido(a) em 01/07/1979, pelo(a) SSDS PB, do lar, endereço residencial: RUA 13 DE MAIO 309, CENTRO, JACARAU - PB, CEP 58.278-000, telefone(s) (83) 98681-5344, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 2191-1, Conta-Corrente n.º 2.003-6, Poupança Ouro n.º 510.002.003-9, Poupança Pouplex n.º 960.002.003-0, conta individual, aberta em 18.07.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 400/2019



Aos 25 dias de julho de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 13h:9min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES, conhecido por , RG nº - / , CPF nº 054.342.224-07, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: mototaxista, filho(a) de Maria Edilza Pereira e Eduardo Alves, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 01/07/1979, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 13 de maio, nº 309, bairro: Centro-Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 98681-5344.

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 Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 16 de dezembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 20h:0min;
- 4) LOCAL: Rua presidente Getúlio Vargas nº , bairro Centro-Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 FAN ESDI, NIV: 9C2KC1680ER452034, ano/modelo: 2013/2014, cor preta, placa: LQZ-9261/RN, licenciada em nome de FELIPE NERES DE FARIAS NETO.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, na Rua principal de Jacaraú, (Rua presidente Getúlio Vargas), quando freou o veículo abruptamente para não atropelar um transeunte; QUE, com a manobra, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

José Marcos da Silva Alves
JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES
Comunicante

Kennedy de Carvalho Andrade
Kennedy de Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6



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: 0271557/19 CPF da vítima: 054.342.224-07 Nome completo da vítima: JORGE PEREIRA DE SIQUEIRA ALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JORGE PEREIRA DE SIQUEIRA ALVES

Profissão: Mecânico de Sítio Endereço: 13 de Maio

Bairro: Centro Cidade: Macaíba Estado: PB CEP: 58279-000

E-mail: Tel (DDD): 83 991929029

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2911 CONTA: 2003

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provirem 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: JACI TENDON 04-08-2019

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

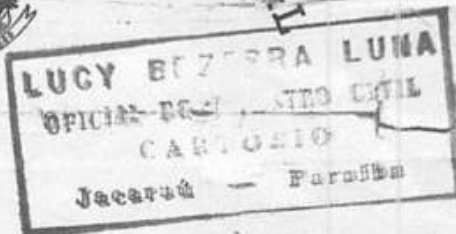
Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**NASCIMENTO N.º 4408**

CERTIFICO que às fmas 58J do livro N.º A-5, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de Jose Marcos da Silva Alves nascido aos 03 de Julho de mil novecentos e setenta e sete (1977) às 01 horas e 00 minutos em Marfim, este município do sexo mas de cor branca filho de Eduardo Alves natural deste Estado e de Dona Maria Dilsa da Silva Alves, casada natural deste Estado

São avós paternos Manoel Alves Severiano e Dona Maria Francisca Ferreira e avós maternos Sebastião Pereira do Silva e Dona Maria do Carmo de Oliveira

Foi declarante V. Pai e serviram de testemunhas Jose Gilton Pichin e Alberino Maria da Silva

Observações: Sentido de novo estado 1a
Viz. de João

O referido é verdade e dou fé.

Jacaré, 08 de julho de 1979
Lucy Bezerra Luna
OFICIAL

CÓD. 15138





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES** RG 1.988.764 2ª VIA SSDS/PB, CPF: 054.342.224-07, residente no município de Jacaraú-Pb, foi vítima acidente motociclistico (queda), sofrendo fratura em membro inferior esquerdo (pé). Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 16/12/2018, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (TRAUMINHA), João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 04 de Julho de 2019.
Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO

Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodесаудедаурарибеиро@gmail.com



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:	19/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

BANCO: 001

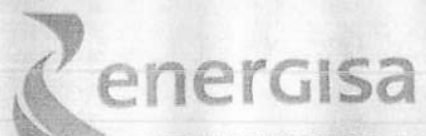
AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002003-8

Nr. da Autenticação A207C8E45687F97D



JOSE MARCOS DA SILVA ALVES
RUA 13 DE MAIO, 309 - CENTRO
JACARAU / PB CEP: 58278000 (AG: 14)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 3 - 29 - 510 - 7200 Referência: Ago / 2019
Medidor: 00008527197 Emissão: 07/08/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 029.113.680
Cód. para Déb. Automático: 00000530113

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

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

07/08/2019

Data prevista da
próxima leitura

06/09/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

064.342.224-07

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/53011-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Felipe Neves de Farias Neto
RG nº 2883400, data de expedição 21 / 05 / 2001
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 106.637.337-07
com domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de Pernambuco
Pajeable, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº SIN
complemento RUA Jacaraú, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jose Marcos de Silva Alves, cujo o condutor era
Jose Marcos de Silva Alves
Veículo: Neto Modelo: Honda JCG 150 Fun Ano: 2013/2014
Placa: LQ2-9261 Chassi: QC2KCJ690EK452034
Data do Acidente: 06/12/2013

Local e Data: Jacaraú 03-07-2019

x Felipe Neves de Farias Neto

Assinatura do Declarante

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







ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES** RG 1.988.764 2ª VIA SSDS/PB, CPF: 054.342.224-07, residente no município de Jacaraú-PB, foi vítima acidente motociclístico (queda), sofrendo fratura em membro inferior esquerdo (pé). Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 16/12/2018, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (TRAUMINHA), João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 04 de Julho de 2019.
Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO

Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodесаудедаурарибеиро@gmail.com





Receituário

Paciente: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES Idade: 39
Data: 17/12/2018 12:16:47 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 309368

USO ORAL

1) MELOCOX 15MG ----- 01 CX
TOMAR 01 CP POR DIA, DURANTE 5 DIAS.



Jess
JESSICA EMILIE DE MOURA ROCHA

Dr. JESSICA EMILIE DE MOURA ROCHA
11646/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
36772 - Tel.: (83)3292-9050

Receituário

Paciente: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES Idade: 39
Data: 17/12/2018 12:16:47 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 309368

USO ORAL

1) MELOCOX 15MG ----- 01 CX
TOMAR 01 CP POR DIA, DURANTE 5 DIAS.

Jess
JESSICA EMILIE DE MOURA ROCHA

Dr. JESSICA EMILIE DE MOURA ROCHA
11646/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050







Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

49 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

50 - CNES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:01:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111013344100000032703663>

Número do documento: 20091111013344100000032703663

Num. 34193631 - Pág. 16

Procedimentos ofertados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (BPA-1).

ARTERIOGRAFIAS
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA
BIÓPSIA DE CORNEIA
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL, INTRA-UTERINA
BIÓPSIA DE ESCLERA
BIÓPSIA DE ÍRIS E CORPO CILIAR
BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC / US
BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA
CINTILOGRAFIAS
DENSITOMETRIA ÓSSEA
DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
DOSAGEM DE CICLOSPORINA
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)
ELETRODIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL
ELETROMIOGRAFIA DINÂMICA, AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES
EMISSÃO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANO-RETAL
EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO
EXERESE DE CISTO SACRO-CÓCCIGEO
EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (MÁXIMO 4 APLICAÇÕES POR QLNQ)
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA / RESSECTOSCOPIA
IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO
IMUNOFENOTIPAGEM DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
MAMOGRAFIA BILATERAL
MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
MIELOGRAFIA
OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
POSTECTOMIA
PROTESE AURICULAR
PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL
PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL
PROTESE TEMPORÁRIA
PROTESE TOTAL MANDIBULAR
PROTESE TOTAL MAXILAR
PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1
QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)
RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCg)
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE
ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CRES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
9 - TELEFONE DE CONTATO		10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
13 - UF		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
17 - QTD		18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - QTD	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTD		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTD		30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CID-10 PRINCIPAL	
35 - CID-10 SECUNDÁRIO		36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
37 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - DOCUMENTO		41 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - ASSINATURA E CARIMBO (R) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - CDD, CDDO, CDDO EMISOR		45 - DOCUMENTO	
46 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (R) DO REGISTRO DO CONSELHO		49 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
50 - CRES		51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	



Procedimentos classificados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (BPA-I).

ARTERIOGRAFIA
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA
BIÓPSIA DE CORNEA
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO
BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA
BIÓPSIA DE ESCLERA
BIÓPSIA DE IMIS E CORPO CILAR
BIÓPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TC / US
BIÓPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA
CINTLOGRAFIAS
DENSITOMETRIA ÓSSEA
DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
DOSAGEM DE CICLOSPORINA
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNOREATIVA
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSATORACICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)
ELETROCARDIOLOGICO CINETICO FUNCIONAL
ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES
EMISSAO DE PARECER SOBRE NEXO CAUSAL
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA
EXAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL
EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO
EXERESE DE CISTO COCCIGEO
EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE
FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCÓPIO
IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO
IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
IMUNOHISTOCQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
MAMOGRAFIA BILATERAL
MAMOGRAFIA
OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
POSTECTOMIA
PROTESE AURICULAR
PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL
PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL
PROTESE TEMPORARIA
PROTESE TOTAL MANDIBULAR
PROTESE TOTAL MAXILAR
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1
QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO CIT)
RESSONANCIAS MAGNETICAS
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				PRONTUÁRIO Nº	
ID/DE 39 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/12/2018		DATA DE ALTA 02/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura da base do 5 Metatarso</i>				CID S92.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx da base do 5 Metatarso demonstrando solução de continuidade óssea de calcâneo</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA 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 da base do 5 metatarso foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) 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 60 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

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

02/02/2019
DATA

ASSESSORIA
09 Ago. 2019
Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 0127
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







Nome: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				Registro:	
Idade: 39 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 02-01-2019			Cirurgião: Jorge Augusto		
1º Assistente: Yury Cordeiro			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura da base do 5 MTT.				S92.3	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
Tto cirúrgico.					
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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Manoel da Silva Data da Admissão: 17/12/18
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: _____

IDA: Retirado de trauma após queda com dor e edema no pé @

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 _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposição ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Inércia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: UGM

UNIDADE ORIGEM: CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

NOME DO PACIENTE: JOSE MARCOS D S ALVES

HISTÓRIA CLÍNICA

Encaminhado o paciente encaminhado, 38 anos de idade, com dor na coluna + 25/4 em tomazela esquerda há 24 horas após cair o NT em um poço. Fim de dor é demoradamente posterior ao uso de Voltaren 100 mg 24 h. Não há mais dor.

ND: Enfermagem de Tomazela (S)

LIFE ASSESSORIA
09 AGO. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Jacaraú/PB, 17 de 12 de 20 19

Dra. Diana S. Boleira Lopo
Médica
CRM-PA 30625
CRM-PA 25671
CRM-PA 25662

Médico(a)

Rua Pres. João Pessoa, s/n - Centro - Jacaraú - PB
Telefone: (83) 3295-1883





CERTIDÃO

Nº. 0784/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 190950 e prontuário 2018.12.002015 pertencentes a **JOSE MARCOS DA SILVA ALVES** que foi atendido dia 17/12/2018 às 15H29min, vítima de queda, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da base do 5º metatarso esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/01/2019 com alta médica dia 02/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de maio de 2019

Médica
CRM/PB 4516
Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516





ASSINATURA DO PORTADOR
José Marcos da Silva Alves



Numero 24505
Série 0020PB

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES

Loc. Nasc JACARAÚ Est. PB Data 01/07/79

Filiação EDUARDO ALVES E MARIA

DILSA DA SILVA ALVES

Doc. nº 4408. FLS. 581. LIV. A-5. CERT. NASC.
ESTRANGEIROS CART. DE JACARAÚ.

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 11/10/95

DRT

JACARAÚ-PB

Assinatura do Funcionário
Silvan Alves de Almeida
Indeferido





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **054.342.224-07**

Nome: **JOSE MARCOS DA SILVA ALVES**

Data de Nascimento: **01/07/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/06/2002**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **10:52:00** do dia **07/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6A11.9C2A.9973.3089**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440308350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COG RENAVAM: 00593491246 RNTRO: ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME
FELIPE HERES DE FARIAS NETO

CPF/CNPJ: 106.637.337-07 PLACA: LQ89261

PLACA ANT.: LQ89261/RJ CHASSI: 9C2KC1680ER452034

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MARCA ADAPTADA CONDUTIVEL: 1

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FABR.: 2013 ANO MOD.: 2014

CAT/POT/CIL: CVC/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR PRESTA: 1

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 09/03/2017 VENC. COTAS: 1º PAGO

PARA L.V.A.: 002943 3X PARCELAMENTO/COTAS: R\$ ***** 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00 IOP (R\$): 0.00 PREMIO TOTAL (R\$): 0.00 DATA DE PAGAMENTO: 09/03/2017 3º PAGO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

RESERVAÇÕES

MOTOR: KC1680ER452034

NOVA CRUZ/RN

DATA: 22/05/2017

Stela Tay Bezerra da Silva
Coordenadora de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ SEGURO DPVAT

RN Nº 012440308350 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: 22/05/2017

CPF / CNPJ: 106.637.337-07 PLACA: LQ89261

RENAVAM: 00593491246 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FABR.: 2013 CILINDROS: 9 NR CHASSI: 9C2KC1680ER452034

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOP (R\$): TOTAL DO PRÊMIO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.208.608/0001-04

www.legitseguros.com.br

JAN-2016





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Vinícius de Silva Alves
 DATA DO ACIDENTE 06/02/2019 CPF DA VÍTIMA 054.342.224-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR 33 de Maio
 Nº 309 COMPLEMENTO - BAIRRO Centro
 CIDADE Jacareú UF PO CEP 58279-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (93) 9 9192-9068

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ 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)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ 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 ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

NTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () 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)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () 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\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09-08-2019
 IDENTIDADE 24505
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 09-AGO-2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:01:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111013344100000032703663>

Número do documento: 20091111013344100000032703663

Num. 34193631 - Pág. 29



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190470694 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO ESQUERDO. P4/8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271557/19

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

CPF: 054.342.224-07

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE MARCOS DA SILVA ALVES : 054.342.224-07

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: 09/08/2019
Nome: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES
CPF: 054.342.224-07

JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

