

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000000928-5

Nr. da Autenticação DB7C626378C61D75



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	17/10/2015
Paciente:	Marcos Antonio Da Silva		
Origem:			
Solicitante:		Clínica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de queda de moto e fratura
completa em Tornozelo (C).

PROCURA SUGATIVA DE FORTUNA

Solicito Avaliação da ORTODONTIA.

Dr. S. Carlos Dória Madeiros
Médico
CRM 7625

Medicação administrada



29 FEB 2016

Encaminhamento para:	
Serviço Social	

MARCONE BERNARDO DA SILVA
SIT MARACAÍPE, S/N - ÁREA RURAL
ITABAINA/PB CEP: 58280000 (AG: 113)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Roteiro: 18 - 113 - 325 - 8235 Referência: Nov/2015
Nº medidor: 0000882712 Emissão: 30/11/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Círculo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09 096.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NFO01 356 866
Código para Débito Automático: 00017035940

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

e152f80d 28c5.1bed a6e7 5658 e394 db6a

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor) 5/1703594-0

Canal de contato

Nov / 2015

Apresentação

30/11/2015

Data prevista da
próxima leitura.

30/12/2015

CPF / CNPJ / RANI

131.1055401

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 25/11/2015 PAGAS,
OBRIGADO!

Cálculo de consumo					
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura		
30/10/15	1794	30/11/15	1892	198	31

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	198	0,41817	82,79
Adic. B. Vermelho			8,91
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 134,79 Alíquota 27,00%)			36,39
PIS			1,18
COFINS			5,51
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			2,30

Histórico de Consumo (kWh)

Out/15	179
Sep/15	175
Ago/15	179
Jul/15	138
Jun/15	158
Mai/15	148
Abr/15	187
Mar/15	186
Fev/15	183
Jan/15	188
Dez/14	101
Nov/14	18

Média dos últimos meses
150 kWh

VENCIMENTO
07/12/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 137,09

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DIC MENSAL	12,40	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	49,42	CONTRATADA
FIC MENSAL	8,00	
FIC TRIMESTRAL	15,84	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	31,68	
DMC	8,79	LIMITE SUPERIOR
DICR	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	30,87	22,34
Compra de Energia	48,00	35,74
Serviço de Transmissão	2,39	1,74
Encargos Setoriais	9,59	7,07
Impostos Diversos e Encargos	45,39	33,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	137,09	100,00

Valor de encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 0,00/2015) R\$ 38,85

DOCUMENTO 2 "T2%"



ARUANA SEGUROS
29 FEV 2016

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcos Antonio da Silva

RG nº 2293236, data de expedição 30/05/96

Órgão SSP/PB, CPF nº 030.314.944-94, 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 Novaçaipa</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itabaiana</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58360-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>cautria_guibo@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itabaiana / 18/12/2015.

Marcos Antonio da Silva

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
29 FEV 2016

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO DA SILVA** Sinistro: **3160146613** Data: **17/10/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MARACAIPE, SN - RURAL - Itabaiana - PB - CEP 58360-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2293236**

Data local do exame: [**16/03/2016**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. . APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PENA E NO TORNOZELO ESQUERDOS, MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV. JOAO MACIEL 116 - CENTRO
JOAO PESSOA - PB CEP: 58072-020 (10)

Clientes: COOPERATIVA CONSUMIDOR ENERGIA
Pessoa F. 1-58-440 Referência: Jun 2015
Inscrição: 06/07/2015

ENERGISA ENERGIA (AS) TRANSMISSORA DE ENERGIA
S/200 P.026 - Caixa Postal: 40000-000 - CEP: 58071-000
S/Nº 000005 * 03.0001.40 - INC. ENE 10.015.823-0
Nota fiscal de Energia Elétrica nº 500.547.046
Código para Débito Automático: 00000004488

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

06/07/2015 e 06/07/2015

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 6/280445-8

Jul / 2015

Canal de contato

TRABALHADOR SOCIAL, DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E AVALIAÇÃO
RSC-03

Apresentação

14/07/2015

Data prevista da
próxima leitura

14/08/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

096277574

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/07/15	16427	14/07/15	16776	
			349	30

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo energia	349	0,32456	115,36
Impostos e encargos			
Imp			2,34
COPIS			10,76
COPIS 50% SEPT. SAN. PÚBLICA			10,77
ICMS (Base de Cálculo R\$ 133,27 (Alíquota 15,00%))			48,40

Histórico de Consumo
(kWh)



ARUANA SEGUROS
29 FEV 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160146613

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Data do acidente: 17/10/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160146613

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Data do acidente: 17/10/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PENA E NO TORNOZELO ESQUERDOS, MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

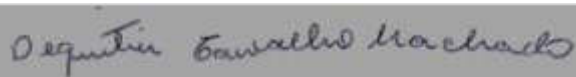
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8750612

A/C: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160146613
Vitima: MARCOS ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





JOÃO PESSOA

SOCIEDADE MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO 4 "T400"



MINISTÉRIO DA

SAÚDE

SISTEMA UNICO DE SAÚDE

17-10-15
FATURADO



OKTO

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 2015 101453

18 10/2015
18/10/2015

39 anos / 799089

NOME DO PACIENTE:

Marcelo Antonio da Silva

ENFERMARIA:

09

ARLIANA SEGUROS

LEITO:

27

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Carlos de Silva Data da Admissão: 18/10/15
 Prontuário: 2015.10. Idade: 33 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: 001453
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: DR + EASMA DR + ESD.

HDA: _____

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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

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

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

SME: ☒ Dor

☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☒ Edema ☒ Crepitação ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

79 FEV 2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 799089

Arq: Nao Registrado

Data: 17/10/2015

Hora: 23:33:30

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA PEREIRA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.10.001454

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2293236 Fone: 991807996

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/06/1976 Id: 39 ano(s)

End.: SITIO MARACAIP, SUS 700502974437060

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ITABAIANA UF: PB

Pai: JOSE BERNARDO DA SILVA

Mae: SEVERINA SABINO DA SILVA

Ocupação: COSTUREIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 991807996 / IDENTIDADE: 2293236

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Pre. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispnoia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observação: * 1/2 1/2 1/2

Queixa Principal

TRAUMA NO MIB

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

EXAME: Exame físico em t.u.z
Gla

Prescrição

Horario da Medicação

29 FEV 2016

Dr. Paulo Roberto da Silva
CRM-PE 10.974

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Entermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDEMENTO REAL, GALO

Intensivato (Festus now exp
into in 3

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

$H^1(\mathbb{R}^n, \mathbb{R}) \cong \mathbb{R}^n$

2 p. 1, 1

• Transfer to

Ex. 10-1: 2010-11

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

At 10:10 AM

1

209 FEB 2016

Assigned to: [illegible] [illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em BDH sob anestesia
Asseptica + Antiseptica
Passagem de gnrivete.

Incisão:

Incisão póster lateral longitudinal no
torso esquerdo
Divulsão até plano ósseo.

Achados:

fratura do Malclo lateral Esquerdo

Conduta:

Redução aberta da fratura do Malclo lateral
Estabilização com placa longo tubular de
06 furos em posição póster lateral
Passagem de parafuso interpunção.
Fixação da placa com 05 parafusos.

Fechamento:

fratura por planos.
Curativo estéril
Retirada de Gnrivete.
Tala Bota

OBS:

Data: 28/10/15

ARDANA SEGUROS
29 FEV 2016

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Manoel Antonio de Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº	
DATA DE ADMISSÃO: <u>18/10/11</u>	DATA DE ALTA: <u>30/10/11</u>	END: <u>SAÚDE</u>	QUARTO: <u>52.6</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Infecção do trato urinário</u>		CMI: <u>52.6</u>	
PRINCIPAIS SINTOMAS:			
PRINCIPAIS EXAMES:			
PROGNÓSTICO: <u>ótimo</u>			
COMPLICAÇÕES: <u>nenhuma</u>			
TERAPIA: <u>antibiótico</u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:			
EVOLUÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
☐ CURADO		☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	<u>Historial de infecção urinária tratada com sucesso no Hospital de Mangabeira.</u>
	<u>Compl. clínico</u>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>7</u> dias
	Retorno às atividades sem esforço físico em <u>7</u> dias
	Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>14</u> dias e com esforço maior em <u>21</u> dias
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<u>Loxenil, Laxalexane</u>

RETORNO	Ao posto de saúde em <u>30/10/11</u> para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <u>30/10/11</u> em 30 dias para revisão.

DATA	<u>30/10/11</u>
ASS. MÉDICO - CRM	<u>[Assinatura]</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.	
Para DM, ANS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2016

Carta nº: 8807075

A/C: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160146613
Vítima: MARCOS ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ES 0022 DA 1986-24

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

URUBATUBA - RJ

01:0




Marcos Antonio da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2293235

DATA DE EMISSÃO 30 MAIO 1998

nome MARCOS ANTONIO DA SILVA

filiação José Fernando da Silva

Severina Sabino da Silva

Itabiana-PR.

21-06-1976

DATA DE NASCIMENTO

BRN ORDEM CERT. NASC. 3.792 PLS. 136 LIV.

A-05 Cart. Itabiana-PR

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARCOS ANTONIO DA SILVA

Nº de Inscrição

030317944-94

Data do Nascimento

21/06/76



DOCUMENTO 5 *T5%*



ARUANA SEGUROS

29 FEV 2016

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8936038

A/C: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160146613 ASL-0107110/16
Vítima: MARCOS ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 000000000928-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DETRAN - PB Nº 012153112933

99184466994

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT: 20150300008249-9

VIA 1 0105585036-5 00/00000000

MARCOS ANTONIO DA SILVA

SITIO MARACATIPÉ SN CASA

ZONA RURAL

58360000 LTABAIANA-PB

03031794494 QFL6685/PB

NOVO-RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA

NOVO-PB 9C2KD0810FR442100

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

A.F ADM-DE CONC NACION HONDA LTDA

N. Motor 9 A 42100

LTABAIANA-PB LOCAL 37842 28/07/2015

31054

DOCUMENTO 6 "T6%"



DETRAN - PB Nº 012153112933

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 0105585036-5 00/00000000 2015

MARCOS ANTONIO DA SILVA

03031794494 QFL6685/PB

NOVO-PB 9C2KD0810FR442100

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 13/07/2015

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

LTABAIANA-PB LOCAL 37842 28/07/2015

31054

PB Nº 012153112933

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

03031794494 QFL6685/PB

HONDA/NXR160 BROS ESDD

9C2KD0810FR442100

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 00000000

DESEMPENHO (R\$) 00000000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000

IOF (R\$) 00000000

SEGURO

P A G O

DATA DE QUITACAO 13/07/2015

31054

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

www.seguradoralider.com.br

31054-0858579-20150728

MAI-2015



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marcos Antonio da Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Costureiro, CI RG nº 2293236,
CPF/MF nº 030317944-99, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Maracajá, em nº, área rural,
Cidade de Itabaiana, Estado
Pernambuco, CEP: 58360-000, telefone

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, Brasileira, casada, advogada, CPF sob o n.º 046502754-74 e RG sob o n.º 2627718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Itabaiana, 18 de dezembro de 20 15.

Marcos Antonio da Silva

OUTORGANTE

REGINA COELI
Serviço Notarial e Registral

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE ITABAIANA
Av. José Silveira, 70 - Centro - Fone: (83) 3281-1270
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
ITABAIANA - PB

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular
Eliana Helena Rodrigues Quirino - Substituta

ARQUIVADO NA SEGUROS
29 FEV 2016

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
MARCOS ANTONIO DA SILVA.....
em test. da verdade. Itabaiana-PB 18/12/2015 16:14:19
Regina Helena Rodrigues Quirino - Escrevente Substitu
2015-001403JEMOL:R\$ 17,75 FASEPEN:R\$ 0,23 FEPO:R\$ 0,23
ELO DIGITAL: ACL10468-038H
nfirma a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marcos Antônio da Silva PORTADOR(A) DO RG Nº 2293236 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/05/196 E
CPF 03031944-94 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Costureiro
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Antônio da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0433 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000928-5

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.

Itaiana 18 de dezembro de 2015
LOCAL E DATA

Marcos Antônio da Silva
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)
- Para acompanhar o processo de indenização, o beneficiário deve apresentar os documentos necessários e o reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para mais informações, acesse o site www.segurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 *T1%*





ARUANA SEGUROS
29 FEB 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



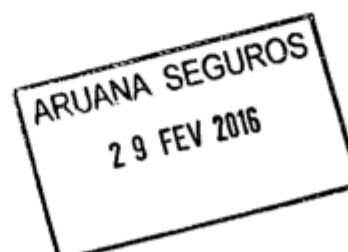
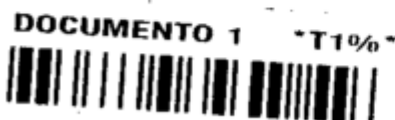
BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3924/2015

Aos nove dias do mês de dezembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 11:11h, compareceu o (a) Senhor (a): **MARCOS ANTÔNIO DA SILVA**, brasileiro, natural de Itabaiana/PB, solteiro, com 39 anos de idade, Costureiro, Ensino Médio, filho de José Bernardo da Silva e de Severina Sabino da Silva, RG. 2.293.236--SSP/PB, residente no Sítio Maracaípe, SN, Itabaiana/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 17/10/15, por volta das 18:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 160 BROS ESDD, cor vermelha, ano 2015, de placa QFL-6685/PB, chassi nº 9C2KD0810FR442100, de sua propriedade, por uma via que fica localizada na cidade de Pilar/PB, após o freio dianteiro travar, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer trauma contuso do tornozelo esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 09 de dezembro de 2015.

Marcos Antônio da Silva
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.632-3
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Manoel Antonio da Silva, portador da carteira de identidade nº 2293236 e inscrito no CPF sob o nº 030.314.944,94 residente e domiciliado na Sítio Maracupe, SN - Zona Rural, Cidade Itabaiana, 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.

Manoel Antonio da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Itabaiana, 18 de dezembro de 2015
Local e data

