



Número: **0816740-90.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCOS ANTONIO DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	ANDREA FORMIGA DANTAS DE RANGEL MOREIRA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34537 641	21/09/2020 11:14	<u>2751098_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:14:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111144459400000033023717>
Número do documento: 20092111144459400000033023717

Num. 34537641 - Pág. 1



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

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	17/10/2015
Paciente:	Marcos Antônio do Silva		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de agressão de nob c/ facada
conforme em Tomorro (C).

Radiografia sugativa de Fratura

Socorro Autônomo do Piauí

João Geraldo Dutra Matos
Médico
CRM 997625

Medicação administrada



Encaminhamento para:	29 FEB 2016
Serviço Social	



MARCONÉ BERNARDO DA SILVA
SIT MARACAIPE, SIN - ÁREA RURAL
ITABAMANA/PB CEP: 58380000 (AG: 113)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Rotativo: 1B - 113 - 325 - 8235
Nº meidor: 0000886712

Referência: Nov/2015
Emissão: 30/11/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cid. Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica N°001 258 866
Código para Débito Automático: 00017035940

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

e152480d29c5.1bad a6e7 5659.e384 db6a.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1703594-0**

Nov / 2015

Canal de contato:

Apresentação

30/11/2015

Data prevista da
próxima leitura:

30/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANI:

1311055401

Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 25/11/2015 PAGAS,
OBRIADO!

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
30/10/15 1794	30/11/15 1892	1	198	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	198	0,41817	82,78
Adic. B. Vermelhas			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
Set/15	175
Out/15	179
Nov/15	138
Jun/15	156
Maio/15	148
Abr/15	187
Mar/15	186
Fev/15	183
Jan/15	168
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

Limits da ANEEL	Apurado	Límite de tensão (V)
DIC MENSAL	12,40	0,00
DIC TRIMESTRAL	24,71	NOMINAL
DIC ANUAL	49,42	300
PERÍCIA	8,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,00	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,98	LIMITE INFERIOR
DNIC	8,79	LIMITE SUPERIOR
DICR	16,60	398

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	30,57	22,34
Compra de Energia	48,00	35,17
Serviço de Transmissão	2,39	1,74
Serviço de Distribuição	9,69	7,07
Impostos Diretos e Encargos	45,39	33,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	137,09	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
07/11/2015 R\$ 38,86

DOCUMENTO 2 - T2%



ARUANA SEGUROS
29 FEB 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Manoel Antônio de Souza,

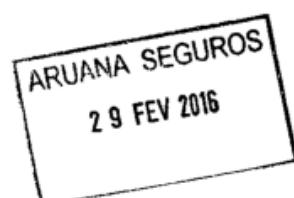
RG nº 2293236, data de expedição 30/05/96,
Órgão SSP/PIB, CPF nº 030.314.944-99, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça	<u>Setor Novacapé</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itabaiana</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58360-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>vautria_gibz@Hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Manoel Antônio de Souza
Assinatura do Declarante



**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 ESQUERDO, 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 opções 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

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

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

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):

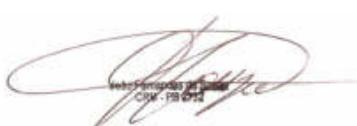
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:14:44
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111144459400000033023717
Número do documento: 20092111144459400000033023717

Num. 34537641 - Pág. 5

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV. JOAQUIM MARQUES 116 - CENTRO
JOAQUIM PESSOA - PB - CEP 58010-000

Entregado a: DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES
Avda. E-1, 55-440
Referencia: Jun 2015
Número: 000102318
Buenos Aires, Argentina
Por: **INVESTIGADOR EN INVESTIGACIONES**

Atendimiento en Clínica ENERGISA 0800 083 0196 | www.energisa.com.co

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 27, No. 4, December 2002
DOI 10.1215/03616878-27-4 © 2002 by the Southern Political Science Association

Conta referente a: **CDC (Código do Consumidor): 5/280445-8**

Jul / 2015

ເປົ້າເສດຖະກິນ

14/07/2015

Data prevista da
próxima leitura

14/08/2015

277 CIVIL RIGHTS

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Diá
Faturas em atraso	14027	140115	15738	1	364
FAUTURAS VENCIDAS ATE					
03-09/07/2015 FALGAS					
03-09/07/2015 FALGAS					
Demografico					
Gestão	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Centro de custo	324	0,57856	115,36		
RCG - Vendas			(1,12)		
IMPACTOS E ENCARREGOS					
PIB			2,54		
COFINS			10,76		
CONTROLE SERV. LUNA PÚBLICA			10,77		
ICMS (Base de Ligeiro PT 122,57/Preço 25,00%)			48,40		

Histórico de Consumo (kWh)

DOCUMENTO



ARUANA SEGUROS
29 FEV 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:14:44
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111144459400000033023717>
Número do documento: 20092111144459400000033023717

Num. 34537641 - Pág. 6

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 APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PENA E NO TORNOZELO ESQUERDOS, MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO
médico pericial: 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 inicio 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





DOCUMENTO 4 -T4%-



17-10-15
FATURADO



210

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2015101453

18 10/15
visiting

39 años / 399089

NOME DO PACIENTE:

Marco Antonio da Silva

ENFERMARIA:

104

ARIANA SEGUROS
LEIA TUDO:

LETTRE:





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Juanos Antônio da Silva Data da Admissão: 18/10/2015
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: / /

QPD: 29 + 1º Quarto 407 852

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Afta []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Mlena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

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

SME: []Dor _____

[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
[]Defeito de articulação []Rigidez pós-reposo []Deformidades

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Histeria []Mudança de personalidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor _____

29 FEVEREIRO 2016

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 199084 And: NAO REUNI 01-1
Data: 17/10/2015
Hora: 23:33:30
Recepcao/lat/ai: GABRIELA DA COSTA GERRER
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 anos

End.: SITIO MARACAIPÍ, 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

Assp.: 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 Classificacão de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
PO:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemica:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
rc. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
[] Vomito		

Queixa Principal

TRAUMA NO MIE

Observação: 01/02/2016

⇒ Dolor abdominal intenso + S. urin

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame: Exame e or e fuz
⇒ Gia

Prescriçao

Horario da medicacao

29 FEB 2016

DR. RICARDO LIMA
CRM/PE 16.811



Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

data Medicamentos Dose Horario i Evolucao

Reservado p/ liberacao

TRATAMENTO REALIZADO

Interventio (Festas novas)

Nome do Paciente

R. P. de Souza

Sexo : Feminino

Profissao : Enfermeira

Local de Atend. : UPA

CEP : 90670-000

Henr. Antonio de S.

8/09 FEVEREIRO

Assinatura do Enfermeiro : Suelio Moreira Torres





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marcos Antônio da Silveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 28/10/15	Cirurgião: Dr. Antônio			1º Assistente: Dr. Leopoldo	
2º Assistente: Dr. Peixoto (B2)	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Metatarso Lateral Esquerdo

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Rafe com placa e parafuso

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: SECUPROS		
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em BD H sob anestesia.
Aséptico + anestesia.
Passagem de gaveta.

Incisão:

Incisão posterolateral longitudinal no
tornozelo esquerdo.
Divisão até plano ósseo.

Achados:

Fratura do Metatarso Lateral Esquerdo

Redução aberta da fratura do Metatarso lateral.

Conduta:

Estabilização com placa tarsos tubular de
06 furos em posterolateral
Passagem de parafuso interfíguer.
Fixação da placa com os parafuso.

Fratura por planos.

Fechamento:

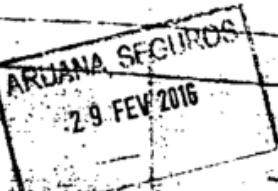
Cerrado externo

Retirada de Gamgee.

Tela Béta

OBS:

Data: 28/10/15



MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384, Manoelândia



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOVO:	VANESSA ANDRADE DA SILVA			PRONTO ARQUIVO:	
DATA:	01/10/11	DATA DE ALTA:	30/10/11	ESTADO DE PRIVADADE:	ESTADUAL
ESPECIALIZAÇÃO:	Médico Geral (geral, r.)			COD:	582.6
EXAMES:					
EXAMES BACTERIOLOGICOS:					
EXAMES RADILOGICOS:					
DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de articulação metatarso-falangeal com placas e parafusos.					
EXAMES E EXAMENES:					
INFECÇÃO FICA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETADA MATERIA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGICO:					
ESTADO DE ALTA:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO:	Resumo operatório realizando luxação da articulação metatarso-falangeal com placas e parafusos.				
DATA DE EMISSÃO:					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por .....	..... dias	..... dias	..... dias	..... dias
	Retorno às atividades sem esforço físico em .....	..... dias	..... dias	..... dias	..... dias
	Retorno às atividades com esforço físico leve em .....	..... dias	..... dias	..... dias	..... dias
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA:	Coxim, geladeira				
RETORNO:	Ao posto de saúde em para retirada de pontos. Ao Ambulatório do em 30 dias para revisão.				

30/10/11

DATA

ASS. MÉDICO - CRM

Este documento é destinado à comprovação de atendimento hospitalar
Para DM, ARRENS, 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DOCUMENTO 5 *T5%



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:14:44
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111144459400000033023717
Número do documento: 20092111144459400000033023717

Num. 34537641 - Pág. 18

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8936038

A/C: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160146613 ASL-0107110/16
Vitima: 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 mágico 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



DOCUMENTO 4 "T4%"

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marcos Antônio da Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão
estudante, CI RG nº 2293.036,
CPF/MF nº 030317944.99, residente e domiciliado(a) à Rua
5º Tio Maracaipe, sem nº, área rural
Cidade de Itabaiana, Estado
Paraíba, 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 2015.

Marcos Antônio da Silva

REGINA COELI
Serviço Notarial e Registral

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE ITABAIANA
Av. José Silveira, 70 - Centro - Fone: (83)3281-1270
Réplica Civil. Notariado da Série - Titular

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARCOS ANTONIO DA SILVA
a test. da verdade. Itabaiana-PB 18/12/2015 16:14:19
Helena Rodrigues Quirino # Escrevente Substitu
Tribunal: R\$ 7,75 FARPART: R\$ 0,23 FEPJ: R\$ 0,23
L10468-038H
icidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OUTORGANTE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
ITABAIANA - PB
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular
Eduardo M. Lima Rodrigues Quirino - Substituta

ARLÉNA SEGUROS
29 FEB 2016





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, Manoel Antônio de Oliveira EXPEDIDO POR SSP1PB EM 30/05/1910 E
 PORTADOR(A) DO RG N° 2293236 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Costureiro
 CPF 03031494494 /Nº DA UNIDADE FISCAL 0433 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manoel Antônio 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0433 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002928-5

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

Itabiana, 18 de outubro de 2015
 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 no art. 245 (II) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

DOCUMENTO 1 * T10%







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

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB/CEP: 58078-0055



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 Maracaipe, 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.

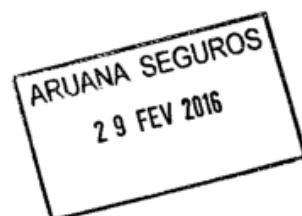
João Pessoa (PB), 09 de dezembro de 2015.

Notificante

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

Escrivão

DOCUMENTO 1
T1%



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Manoel Antônio de Siqueira, portador da carteira de identidade nº 2293236 e inscrito no CPF sob o nº 030.314.944-94 residente e domiciliado na Sítio Maracáipe, S/N - Área Rural, Cidade Tabaiana,

Estado Paraíba, 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 Antônio de Siqueira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Tabaiana, 18 de dezembro de 2015
Local e data

