
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144011

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190144011

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002105-9

Conta: 0000031317-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	646.890.344-00	MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	646.890.344-00		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
pedreiro	R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino	261	CASA
Tibiriçá	Cidade:	Estado:	CEP:
	Santa Rita	PB	58.727-000
E-mail:	Tel. (DDD): 98990-7134		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 2105	CONTA: 31317 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: João Pessoa 12/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

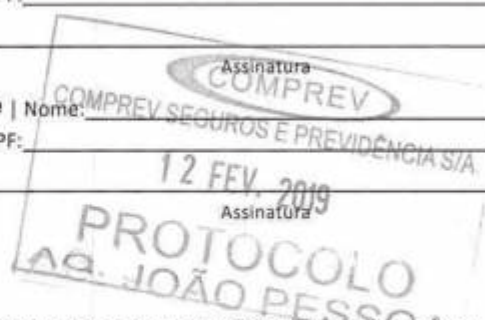
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	646.890.344-00	MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	646.890.344-00		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
pedreiro	R. Cel. Ednaldo Tavares Rufino	261	CASA
Tibiriçá	Cidade:	Estado:	CEP:
	Santa Rita	PB	58.727-000
E-mail:	Tel. (DDD): 98990-7134		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 2105	CONTA: 31317 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: João Pessoa 12/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

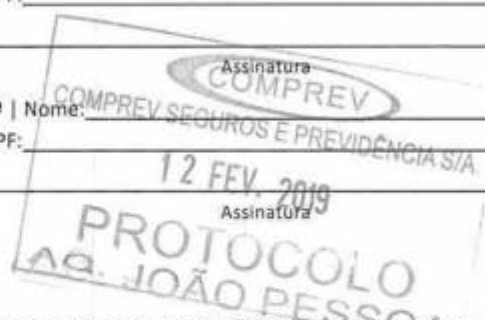
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01470.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01470.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:50 horas do dia 03 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcos Aurélio de Oliveira Silva**, CPF nº 646.890.344-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Oliveira Silva e Miguel Trajano da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/08/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, complemento VILAGE, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Antiga Manzuá, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-7134.

Dados do(s) Fatos:

Local: Psf de Jacumã, Psf, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

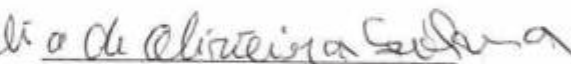
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante transitava nas proximidades do PSF de Jacumã, Cidade de Conde/PB, e que na ocasião estava no carona, onde quem conduzia o veículo era a pessoa de Marcio Aurélio Dias da Silva, portador do CPF nº 074.578.494-16; QUE segundo o notificante veículo este uma motocicleta, marca e modelo: HONDA NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: OFE 1872/PB, Chassi nº 9C2KD0810HR416321, registrado em nome do piloto; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, um outro veículo, não sabendo especificar a marca e modelo, fez uma manobra errada e acabou por colidir no veículo que o notificante estava; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0852/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 18.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 03 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	646.890.344-00	MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	646.890.344-00		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
pedreiro	R. Cel. Ednaldo Tavares Rufino	261	CASA
Tibira	Cidade:	Estado:	CEP:
	Santa Rita	PB	58.727-000
E-mail:	Tel. (DDD): 98990-7134		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 2105	CONTA: 31317 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: João Pessoa 12/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

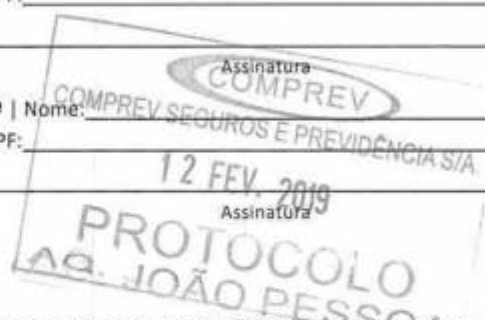
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	646.890.344-00	MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
MARCOS ANGELO DE OLIVEIRA	646.890.344-00		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
pedreiro	R. Cel. Ednaldo Tavares Rufino	261	CASA
Tibiriçá	Cidade:	Estado:	CEP:
	Santa Rita	PB	58.727-000
E-mail:	Tel. (DDD): 98990-7134		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 2105	CONTA: 31317 3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: João Pessoa 12/02/2019

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: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 802/109, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1936374, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01//01/2018, nas proximidades do PSF de Jacumã, Bairro: Conde-PB - aproximadamente às 10:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREIS* Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



EM BRANCO

EM BRANCO

STRENGTH AND
RESISTANCE
TO FIRE AND
WATER



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 802/109, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1936374, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01//01/2018, nas proximidades do PSF de Jacumã, Bairro: Conde-PB - aproximadamente às 10:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREIS* Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



EM BRANCO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000000031317-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2802201905000000000023702105000000031317236250 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

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

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-606
CNPJ 09.295.183 / 0801-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO GOMES DA SILVA
RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 40B
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

08/02/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

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

VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

MATRÍCULA

1714720-2019-02-2



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

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

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-406
CNPJ 09.295.183 / 0801-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO GOMES DA SILVA
RUA CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 40B
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

08/02/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

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

VENCIMENTO

15/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

MATRÍCULA

1714720-2019-02-2



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Márcio Aurélio Dias da Silva,
RG nº 3324768, data de expedição 09/09/14,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.578.494-16, com
domicílio na cidade de Conde, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Edmundo Tavares Rufino, nº 261,
complemento AD11 B1408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Márcio Aurélio Dias da Silva, cujo o condutor era
Márcio Aurélio Dias da Silva.

Veículo: motô

Modelo: Honda/NXR 260 Bros ESDD

Ano: 2017

Placa: OFE 1872/PB

Chassi: 9E2KD0810HR416321

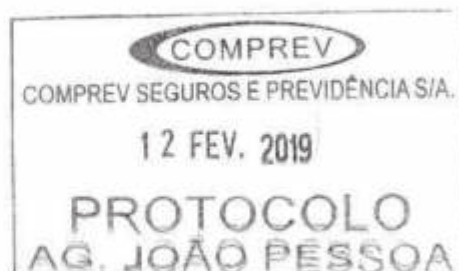
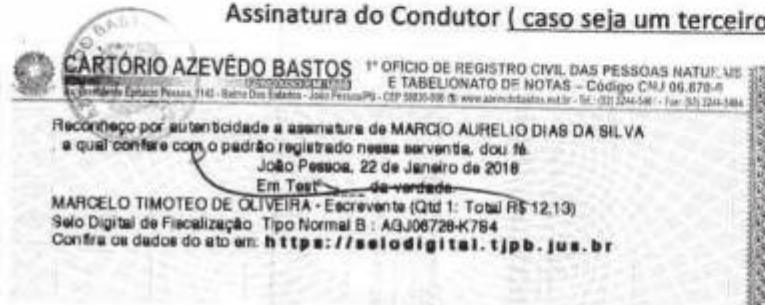
Data do Acidente: 03/03/2018

Local e Data: João Pessoa, 15 de novembro de 2018.

 Márcio Aurélio Dias da Silva
Assinatura do Declarante

 Márcio Aurélio Dias da Silva

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



12

CERTIDÃO

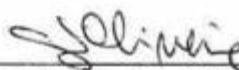
Nº. 0852/2018

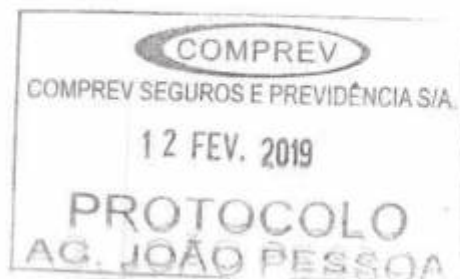
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes a **MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 12H03min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018. Alta médica dia 05/01/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90806 Atd: Nao Regula
Data: 01/01/2018
Hora: 12:03:37
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.000056

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987188971

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, OOVIAGE

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DAS NEVES

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO-MARCIO

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Traorte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Qxa Principal

Observacao

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*1.º atendimento em sala de emergência, com
tratamento adequado para D.*

Diagnostico

CD: Intoxicação Conduta

Prescrição

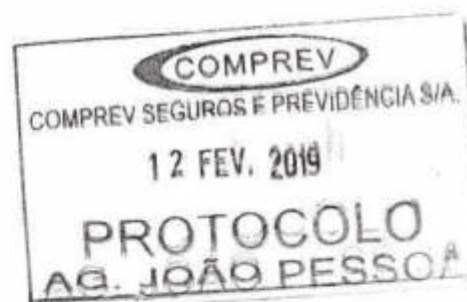
| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Aurelio Olim Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Ex Operas para D

HDA: Pto. entre de ac de

note, com fratura operas
para D

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

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

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

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

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

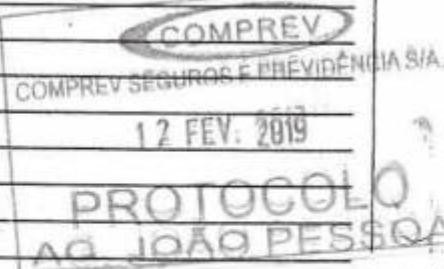
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Exames para D.*

Conduta: *Tratamento*

Nome: <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>48 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>03/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura 1/3 Proximal Cominutiva de Tíbia Direita</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

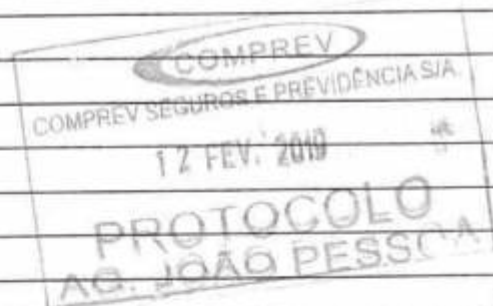
Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco

Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle



Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data: 03/01/2017

Dr. Alexandre Galvão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 9128 6510 9603
 MÉDICO/CRM

P/ Marcos Aurélio de Oliveira Silva

Lauda Médico

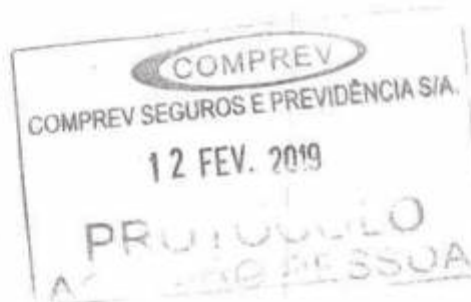
Paciente vítima de trauma em pé direito, resultando em fratura da tíbia, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontrando-se apto(a) a realizar suas atividades laborais e lúdicas por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Marco Antônio de V. Silva portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.9, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
(cinquenta) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. João F. Pinheiro
Médico
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>48 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>05/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>04 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia Dir.</i>					CID <i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ATOMIA 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) <i>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
DATA <i>05.01.2018</i>			Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 91287-SP 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M.		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 1 - CPF 2 - CGC 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: *Marco Aurélio Silva*

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

() PAM

() SES

() SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura de Ossos da Perna E* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Perna AP/P*

DATA: 24 /01 /2018

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 9603

CARIMBO E ASSINATURA



NÚMERO DO CADASTRO: **2 3 9 9 6 2 8**

1 - CPF 2 - CGC **2**

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE:

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO: *Marco Aurélio Silva*

ORIGEM

BAIRRO:

() PAM

() SES

() SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura de Ossos da Perna E*

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx da Perna AP/P*

DATA: *28 / 02 / 2018*

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8128 - SBT 9683

CARIMBO E ASSINATURA





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO
BURITY
CRM: 10.202.434/0001-28
Endereço: Rua Agente Fiscal José Duarte,
S/N - Mangabeira II - CEP 58.056-384
João Pessoa - PB

1ª via retenção da farmácia ou drogaria
2ª via orientação do paciente

Dr. Alexandre Cavão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SMT 9603

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

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

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

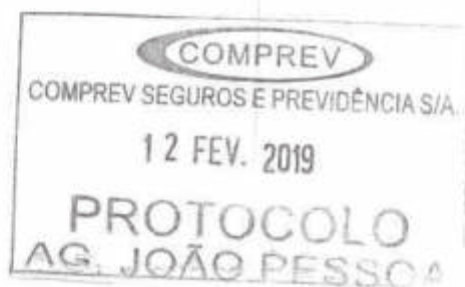
Data: 03/01/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

39,38

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

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
08 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) ----- 01 CX
(Cloridrato de tramadol) 52,57 16,89

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

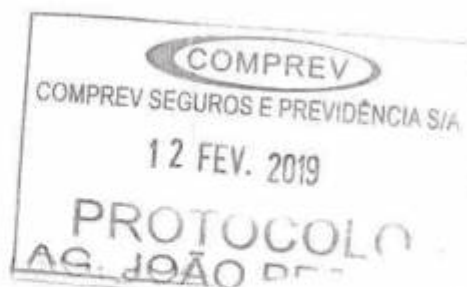
3) Pradaxa (110mg) ----- 60 Comprimidos
(comprimidos) 337,65

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

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91288 SP TO 9603

03.01.18

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



12

CERTIDÃO

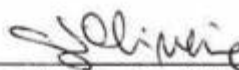
Nº. 0852/2018

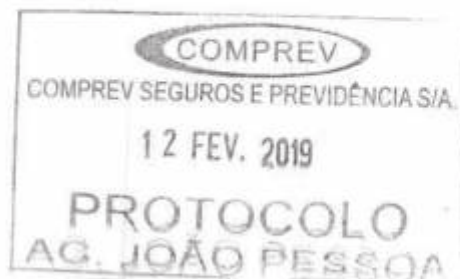
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes a **MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 12H03min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018. Alta médica dia 05/01/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90806 Atd: Nao Regula
Data: 01/01/2018
Hora: 12:03:37
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.000056

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987188971

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, OOVIAGE

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DAS NEVES

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO-MARCIO

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Traorte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Qxa Principal

Observacao

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*1.º atendimento de emergência, com
lesões corporais para D.*

Diagnostico

CD: Intelectual Conduta

Prescricao

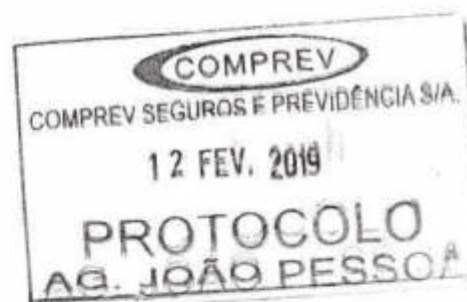
| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Aurelio Alm Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Ex Operar para D

HDA: Pto. entre de ac de

note, com fratura osso
para D

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

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

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

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

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

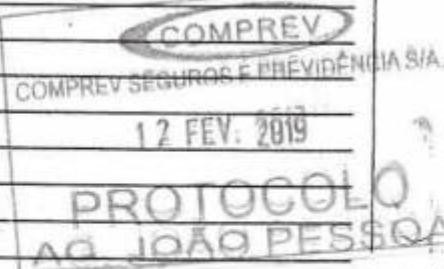
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Exames para D.*

Conduta: *Tratamento*

Nome: <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>48 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>03/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Enéas (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura 1/3 Proximal Cominutiva de Tíbia Direita</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

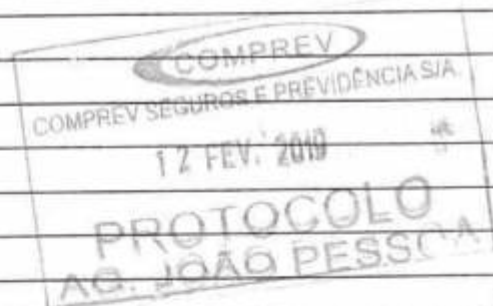
Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco

Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle



Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data: 03/01/2017

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 65109603
MÉDICO/CRM

P/ Marcos Aurélio de Oliveira Silva

Lauda Médico

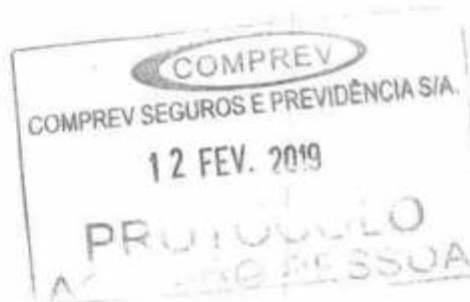
Paciente vítima de trauma em pé direito, resultando em fratura da tíbia, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontrando-se apto(a) a realizar suas atividades laborais e lúdicas por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Marco Antônio de V. Silva portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.9, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
(cinquenta) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. João F. Pinheiro
Médico
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>48 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>05/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>04 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia Dir.</i>					CID <i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ATOMIA 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) <i>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
DATA <i>05.01.2018</i>			Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 91287-SP 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M.		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1 - CPF 2 - CGC

2

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE: Marco Aurélio Silva

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

() PAM

() SES

() SSM

DADOS CLÍNICOS Fratura de Ossos da Perna E

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx do Perna AP/P

DATA: 24 /01 /2018

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 9603

CARIMBO E ASSINATURA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG JOÃO PES

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1 - CPF 2 - CGC 2

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE:

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO: *Marco Aurélio Silva*

ORIGEM

BAIRRO:

() PAM

() SES

() SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura de Ossos da Perna E*

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx da Perna AP/P*

DATA: *28 / 02 / 2018*

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8128 - SBT 9683

CARIMBO E ASSINATURA





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO
BURITY
CRM: 10.202.434/0001-28
Endereço: Rua Agente Fiscal José Duarte,
S/N - Mangabeira II - CEP 58.056-384
João Pessoa - PB

1ª via retenção da farmácia ou drogaria
2ª via orientação do paciente

Dr. Alexandre Cavão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 RJTO 9603

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

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

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

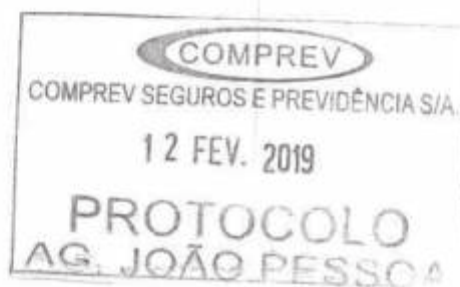
Data: 03/01/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____





P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

39,38

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

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
08 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) ----- 01 CX
(Cloridrato de tramadol) 52,57 16,89

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

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

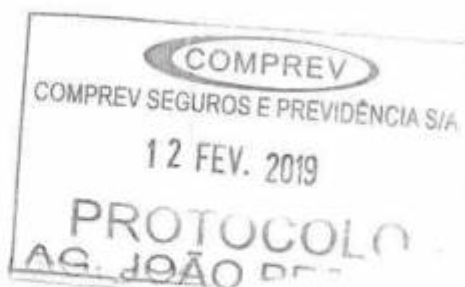
Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30,
trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91288-SP TO 9603

03.01.18

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

PB



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

NOME
 MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3324768 SSP PB

CPF
 074.578.494-16 DATA NASCIMENTO
 25/03/1990

RENÇÃO
 MARCOS AURELIO DE
 OLIVEIRA SILVA
 MARIA CELIA DIAS DA
 COSTA

PERMISSÃO
 ACC CATIMA
 733

VALIDADEZ
 31/07/2009

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Assinatura do Portador
 Marcio Aurelio Dias da Silva

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 23/07/2014

Assinatura do Emissor
 Rodrigo Carvalho

44518469680
 PB028523342

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 904428939

PROVISOR PLASTIFICAR
 904428939

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Marcos Aurélio de Oliveira Silva

IDENTIFICADORA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 07.01.1988

REGISTRO: L. 356.251

NOME: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA

nome completo: Miguel Trojano de Silva

Maria das Neves de Oliveira Silva

RESIDÊNCIA: Santa Helena - PB

DATA DE NASCIMENTO: 30.08.1968

CPF: 000.000.000-00

1-30, Car. de Bayeux 10

Assinatura: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

LEI Nº 7.110 DE 20/06/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

SE INSCRIÇÃO: 440890344 00

NOME COMPLETO: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

ASSINATURA: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

DATA DE EMISSÃO: 30.08.68

PERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

SE INSCRIÇÃO: 440890344 00

NOME COMPLETO: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

ASSINATURA: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

DATA DE EMISSÃO: 30.08.68

PERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

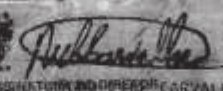
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO

AB- JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 1.356.931	DATA DE EXPEDIÇÃO 07.01.1988
NOME MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA	
FILIAÇÃO Miguel Trajano da Silva Maria das Neves de Oliveira Silva	
NATURALIDADE Santa Rita Pb	DATA DE NASCIMENTO 30-08-1968
DOC ORIGEM Cert. Nascimento 22.603, Fls. 357, Liv. A-30, Cert. de Bayeux Pb	
CPF	
JOÃO PEREIRA - PS	ALI XASSINISTOR ANDRÉ DE CARVALHO
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCEDE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
CHAMBO DO AGENTE EMISSOR  (PP)	
NOME MATRÍCULA E ASSINATURA DO FISCALIZADOR	
APPROVADO POR FISCAL	

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

NOME
MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR UF
3324768 SSP PB

CPF
074.578.494-16

DATA NASCIMENTO
25/03/1990

RENÇÃO
MARCOS AURELIO DE
OLIVEIRA SILVA
MARIA CELIA DIAS DA
COSTA

PERMISSÃO
ACC CATIMA
7,33

VALIDADEZ
31/07/2009

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA

Assinatura do Portador
Mário Aurélio Dias da Silva

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
23/07/2014

Assinatura do Emissor
Rodrigo Carvalho

44518469680
PB028523342

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
904428939

PROVISOR PLASTIFICAR
904428939

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Marcos Aurélio de Oliveira Silva

IDENTIDADE DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 07.01.1968

IDENTIFIC. L. 356.251

NOME: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA

nome completo: Miguel Trajano de Silva

Maria das Neves de Oliveira Silva

RESIDÊNCIA: Santa Helena - PB

DATA DE NASCIMENTO: 30.08.1968

ENDEREÇO: Cont. 3537, 3538, 3539, 357, Lda.

CEP: 51.300-000, Santa Helena - PB

Assinatura: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

LEI Nº 7.115 DE 20/06/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

INSCRIÇÃO: 440890344 00

NOME COMPLETO: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

ASSINATURA: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

DATA DE EMISSÃO: 30.08.68

PERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

INSCRIÇÃO: 440890344 00

NOME COMPLETO: MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

ASSINATURA: *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

DATA DE EMISSÃO: 30.08.68

PERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

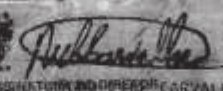
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEV. 2019

PROTOCOLO

AB- JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 1.356.931	DATA DE EXPEDIÇÃO 07.01.1988
NOME MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA	
FILIAÇÃO Miguel Trajano da Silva Maria das Neves de Oliveira Silva	
NATURALIDADE Santa Rita Pb	DATA DE NASCIMENTO 30-08-1968
DOC ORIGEM Cert. Nascimento 22.603, Fls. 357, Liv. A-30, Cert. de Bayeux Pb	
CPF	
JOÃO PEREIRA - PS	ALI XASSINISTURANDI DEEPP CARVALHO
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCEDE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
CHAMBO DO AGENTE EMISSOR  (PP)	
NOME MATRÍCULA E ASSINATURA DO INTERESSADO	
APPROVADO POR	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA COD RENAVEN PRT 20170000056550-9 EPICIDIO
1 0111097910-7 00/00000000 2017

MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

07457849416

OFE1872/PB

NOVO PB

9C2KD0810HR416321

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO

PAGO

22/02/2017

A.F. BANCO HONDA S.A.

BAYEUX-PB

41521

LOCAL

DATA

23/02/2017

7003781

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

PB Nº 013136530615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
23/02/20

01110979107

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016

9

9C2KD0810HR416321

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO

SEGURO

PAGO

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
22/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1639591-20170223

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA COD RENAVEN PRT 20170000056550-9 EPICIDIO
1 0111097910-7 00/00000000 2017

MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

07457849416

OFE1872/PB

NOVO

PB

9C2KD0810HR416321

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO

PAGO

22/02/2017

A.F. BANCO HONDA S.A.

BAYEUX-PB

41521

LOCAL

DATA

23/02/2017

7003781

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

PB Nº 013136530615

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
23/02/20

01110979107

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016

9

9C2KD0810HR416321

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO

SEGURO

PAGO

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
22/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1639591-20170223

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059611/19

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 646.890.344-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 646.890.344-00

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051633/19

Vítima: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 646.890.344-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 646.890.344-00

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA