
Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470694

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470694

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **JOSE MARCOS DA SILVA ALVES**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000010002003-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0271557/19	CPF da vítima: 054.342.224-07	Nome completo da vítima: Jorge Marcos de Silva Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Jorge Marcos de Silva Alves		CPF: 054.342.224-07
Profissão: Motorista	Endereço: 13 de Maio	Número: 309 Complemento: -
Bairro: Centro	Cidade: Macacuru	Estado: PB CEP: 58279-000
E-mail:		Tel.(DDD): (83) 991929029

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 291 1 CONTA: 2003 6 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 09-08-2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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

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

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

Dados da conta

Agência 2191-1, Conta-Corrente nº 2.003-6, Poupança Ouro nº 510.002.003-9, Poupança Pouplex nº 960.002.003-0, conta individual, aberta em 18.07.2019.

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

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 400/2019



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

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

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

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

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

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

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

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

12) OBSERVAÇÕES:

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

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

José Marcos da Silva Alves
JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES

Comunicante

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0271557/19 CPF da vítima: 054.342.224-07 Nome completo da vítima: JORGE MARCOS DE SILVA ALVES

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

Nome completo: JORGE MARCOS DE SILVA ALVES CPF: 054.342.224-07

Profissão: Vendedor Endereço: 13 de maio Número: 309 Complemento: -

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

E-mail: Tel.(DDD): 83/441923029

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2911 CONTA: 2003

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: JACAREZAPÓLI 04-08-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JORGE MARCOS DE SILVA ALVES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

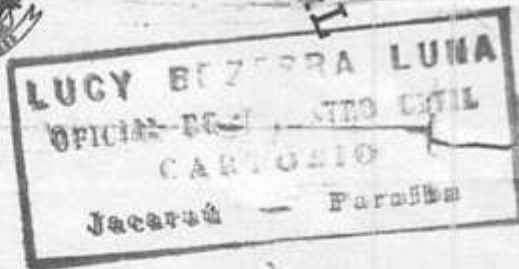


Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**NASCIMENTO N.º 4408**

CERTIFICO que às fchas 581 do livro N.º A-5, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de Jose Marcos da Silva Alves nascido aos 01 de Julho de mil novecentos e setenta e sete (1977) às 01 horas e 01 minutos em Marfim, este município do sexo mas de cor branca filho de Eduardo Alves natural deste Estado e de Dona Maria Dilsa da Silva Alves, casada natural deste Estado

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

Foi declarante o pai e serviram de testemunhas Jose Gilton de Jesus e Ildemir Maria de Silva
Observações: Assento de nascimento da
Via de João

O referido é verdade e dou fé.

Jacaré, 08 de julho de 19 79
Lucy Bezerra Luna
OFICIAL



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



DECLARAÇÃO

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

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

Por ser verdade, firmo o presente documento.

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

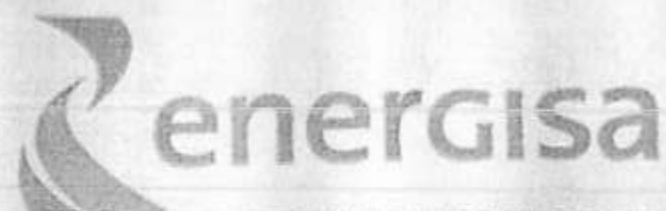
BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002003-8

Nr. da Autenticação A207C8E45687F97D

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



Ligação: MONOFÁSICO
Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 3 - 29 - 510 - 7200
Medidor: 00008527197

Referência: Ago / 2019
Emissão: 07/08/2019

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

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

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

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

07/08/2019

Data prevista da
próxima leitura

06/09/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

054.342.224-07

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/53011-3

Canal de contato

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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Felipe Neves de Farias Neto

RG nº 2893400, data de expedição 21 / 05 / 2004

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 106.634.337-07

com domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Projeto de, nº SIN

complemento Rua Jacaraú, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jose Manoel de Silva Alves, cujo o condutor era

Jose Manoel de Silva Alves

Veículo: Moto Modelo: Honda / CG 150 Fan Ano: 2013/2014

Placa: LQ2-9261 Chassi: 9C2KEJ640EK452034

Data do Acidente: 06 / 12 / 2013



Local e Data: Jacaraú 11.07.2019

x Felipe Neves de Farias Neto

Assinatura do Declarante

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



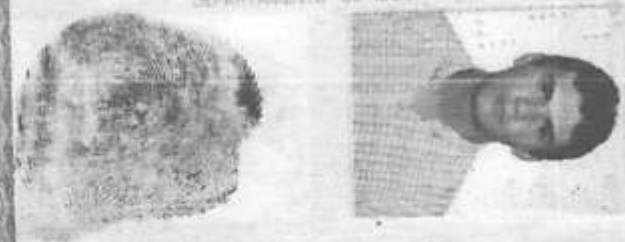
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA D I P 74

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Felipe Neres de Farias Neto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

106.637.337-07

Nome

FELIPE NERES DE FARIAS NETO

Nascimento

28/06/1982



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2883900 21 MAR 2001

NOME **FELIPE NERES DE FARIAS NETO**

João Neres de Farias

Geralda Luis de Farias

Jacarau-PB **28.06.1982**

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.Nº 8.566-Fls.130-Liv.Nº

A-9.

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83



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



DECLARAÇÃO

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

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

Por ser verdade, firmo o presente documento.

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

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

Receituário

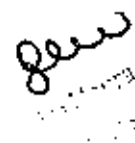
Paciente: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Idade 39

Data: 17/12/2018 12:16:47 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 309368

USO ORAL

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



Dr. JESSICA EMILLE DE MOURA ROCHA
11646/PB

Receituário

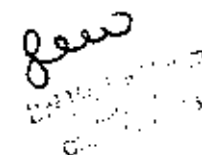
Paciente: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Idade 39

Data: 17/12/2018 12:16:47 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 309368

USO ORAL

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



Dr. JESSICA EMILLE DE MOURA ROCHA
11646/PB





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Meses

7 - SEXO

Fam.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID-10 PRINCIPAL

35 - CID-10 SECUNDÁRIO

36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - ASSINATURA DE CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DO REGISTRO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

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

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PROCTÓRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - CID-10 PRINCIPAL	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CID-10 SECUNDÁRIO	
13 - UF		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
17 - CID-10 PRINCIPAL		18 - CID-10 SECUNDÁRIO	
19 - CID-10 SECUNDÁRIO		20 - CID-10 SECUNDÁRIO	
21 - CID-10 SECUNDÁRIO		22 - CID-10 SECUNDÁRIO	
23 - CID-10 SECUNDÁRIO		24 - CID-10 SECUNDÁRIO	
25 - CID-10 SECUNDÁRIO		26 - CID-10 SECUNDÁRIO	
27 - CID-10 SECUNDÁRIO		28 - CID-10 SECUNDÁRIO	
29 - CID-10 SECUNDÁRIO		30 - CID-10 SECUNDÁRIO	
31 - CID-10 SECUNDÁRIO		32 - CID-10 SECUNDÁRIO	
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
34 - CID-10 PRINCIPAL			
35 - CID-10 SECUNDÁRIO			
36 - CID-10 SECUNDÁRIO			
37 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - CID-10 SECUNDÁRIO	
44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		47 - DATA DO PROCEDIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
48 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		49 - CID-10 SECUNDÁRIO	



ARTERIOGRAFIAS
 BIÓPSIA DE CONJUNTIVA
 BIÓPSIA DE CORNEA
 BIÓPSIA DE ENDOMETRIO
 BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MÂNUAL INTRA-UTERINA
 BIÓPSIA DE ESCLERA
 BIÓPSIA DE FÍGADO E CORPO CILIAR
 BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC / US
 BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA
 CINTILOGRAFIAS
 DENSITOMETRIA ÓSSEA
 DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
 DOSAGEM DE CICLOSPORINA
 DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
 DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
 DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNOREATIVA
 DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)
 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA
 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL)
 ELETRODIAGNÓSTICO CINETICO FUNCIONAL
 ELETROMIOGRAFIA DINÂMICA, AVALIAÇÃO CINETICA, CINEMATICA E DE PARÂMETROS LINEARES
 EMISSÃO DE PARÊCER SOBRE NEXO CAUSAL
 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA
 EXAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
 EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANO-RETAL
 EXÉRESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO
 EXÉRESE DE CISTO SACO-COCCIGEO
 EXÉRESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE
 FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (MÁXIMO 4 APLICAÇÕES POR OLHO)
 GÊNOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
 HISTEROSCÓPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCÓPIO
 IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO
 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
 IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
 MAMOGRAFIA BILATERAL
 MARCADO PRE-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
 MIELOGRAFIA
 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
 POSTECTOMIA
 PROTESE AURIÇULAR
 PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL
 PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL
 PROTESE TEMPORÁRIA
 PROTESE TOTAL MANDIBULAR
 PROTESE TOTAL MAXILAR
 PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
 QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1
 QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
 RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO CIT)
 RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS
 TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS
 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCI)
 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE
 ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 39 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/12/2018		DATA DE ALTA 02/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura da base do 5 Metatarso</i>				CID S92.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx da base do 5 Metatarso demonstrando solução de continuidade óssea de calcâneo</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da base do 5 metatarso foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

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

02/02/2019
DATA

09 Ago. 2019
Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 0127
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. AIR FORCE
HEADQUARTERS
WASHINGTON, D.C.

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				Registro:	
Idade: 39 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 02-01-2019			Cirurgião: Jorge Augusto		
1º Assistente: Yury Cordeiro			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
--------------------------------------	------------

<i>Fratura da base do 5 MTT.</i>	<i>S92.3</i>
----------------------------------	--------------

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
--------------------------------------	------------

<i>O mesmo</i>	
----------------	--

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
-------------------------------------	---------------

<i>Tto cirúrgico.</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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Manoel da Silva Data de Admissão: 12/12/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: _____
IDA: At. sintoma de trauma após queda com dor e edema no joelho
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 _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez nas repouso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Líbido [] Humor _____



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: U.G.M.

UNIDADE ORIGEM: CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

NOME DO PACIENTE: JOSE Manoel D S Alves

HISTÓRIA CLÍNICA

Encaminhado a Paciente encaminhado, 38 anos de idade,
com dor na cabeça + 21/04 com dor de cabeça aguda às
24 horas após cair o PC em um poço. Presente
na dor é desencadeada por movimento ao ir ao trabalho
por volta de 24 h depois de cair.
Hd: Encaminhado a Tomografia (T)



Jacaraú/PB, 17 de 12 de 20 19
Dra. Diana C. Boleira Lopo

CRM-PA 30625
CRM-PA 25521
CRM-PA 30352

Médico(a)

CERTIDÃO

Nº. 0784/2019

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

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

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

João Pessoa, 30 de maio de 2019

Médica
CRM/PB 4516

Drª Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516





ASSINATURA DO PORTADOR
Jos. Marcos da Silva Alves



Numero *94505* Série *0020PB*

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES*

Loc. Nas *JACARAÚ* Est. *PB.* Data *01/07/79*

Filiação *EDUARDO ALVES E MARIA*

DILSA DA SILVA ALVES

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

Chegada ao Brasil em. Doc. Ident. nº

Exp. em. Estado

Obs.

Data Emissão *11/10/95* DRT *JACARAÚ-PB*

Alvan Alves de Almeida
Assinatura do Funcionário
Indenificada



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **054.342.224-07**

Nome: **JOSE MARCOS DA SILVA ALVES**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/06/2002**

Digito Verificador: **00**



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



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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN N° 012440308350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1 COO RENAVAM: 00593491246 RNTRO: ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME:
FELIPE NERES DE FARIAS NETO

106.637.337-07 PLACA: LQ89261

PLACA ANT. UF: LQ89261/RJ CHASSI: 9C2KCL680ER452034

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO 15-2017 COMBUSTIVEL: GASOLINA

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

CAT/POT/CIL: 125/15/2 CATEGORIA: 1 CON PRELACIÃO: PARTICULAR PRETA

OCV/142 CILINDRADAS COTA UNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA: 09/03/2017 1º PAGO

IPV: 002543 3X TAXA IPV: R\$ ***** 2º PAGO

A: 002543 3X PARCELAMENTO COTAS: R\$ ***** 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00 IOP (R\$): 0.00 PREMIO TOTAL (R\$): 0.00 DATA DE PAGAMENTO: 22/05/2017

TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: KC1680ER452034

NOVA CRUZ/RN

5ª Divisão de Registro de Veículos
DETRAN - RN

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

RN N° 012440308350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 22/05/2017

VEICULO: 1 COO RENAVAM: 00593491246 RNTRO: ***** EXERCÍCIO: 2017

PLACA: LQ89261

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANOS FAB: 2013 CAT IPV: 9 CHASSI: 9C2KCL680ER452034

PRÊMIO TARIFARIO

PAG (R\$): 0.00 DENATIAN (R\$): 0.00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0.00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0.00 IOP (R\$): 0.00 TOTAL DO PAGO (R\$): 0.00

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 22/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF: 02.249.606/0001-04

www.lederdpvat.com.br

JUN-2016





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jane Marques de Silva Alves
 DATA DO ACIDENTE 06/02/2019 CPF DA VÍTIMA 054.342.224-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR 13 de Maio
 Nº 309 COMPLEMENTO - BAIRRO Centro
 CIDADE Jacareus UF PB CEP 58279-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (93) 9.9192.9068

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09-08-2019
 IDENTIDADE 24.505
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 09-AGO. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D I P 74

Felipe Neres de Farias Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da Inscrição

106.637.337-07

Nome

FELIPE NERES DE FARIAS NETO

Nascimento

28/06/82



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2883900 21 de Mar 2001

PRESENÇA GERAL

NOME FELIPE NERES DE FARIAS NETO

João Neres de Farias

FILIAÇÃO Geralda Luis de Farias

NATURALIDADE Jacaraú-PB

DATA DE NASCIMENTO 28.06.1982

Cert.Nasc.Nº 8.566-Fls.130-Liv.Nº

DOC ORIGEM A-9.

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

Faturas em atraso

[illegible]

Indicadores de Qualidade

indicadores de qualidade

ae58 a739.8aba.77a7.74cf.11d7.4060.96f5.

RESERVADO AO FISCO

RESERVADO AO FISCO

Historico de Consumo (kWh)

RS 43,22

TOTAL A PAGAR

11/07/2019

23

NOT CORRECT ON COUNTRY CODES TO ERM TOTAL 0571770

Data Anterior	Data Atual	Dias
08/07/18	09/07/18	1
Letras	Letras	
Consumo	Constante	

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0166

Conta referente a

Jun / 2019

Apresentação

08/08/2019

Data prevista da próxima leitura

08/07/2019

CPF/ CNPJ/ RNM

108.637.337-07

ACESSO WWW.ENERGISA.COM

5/1839151-6

Canal de contato

UC (Unidade Consumidora):

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271557/19

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

CPF: 054.342.224-07

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/12/2018

Titular do CPF: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE MARCOS DA SILVA ALVES : 054.342.224-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA